

Résultats éloignés
du traitement chirurgical
des
Ulcères gastro-duodénaux
(Statistique du Docteur Delore, 1912-1927)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON
et soutenue publiquement le 31 Mai 1927

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

A. LAINÉ

INTERNE DES HÔPITAUX

Né à LYON (Rhône), le 14 Juin 1897



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU
42, Quai Gailleton, 42

—
1927

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DU TRAITEMENT CHIRURGICAL
DES ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX

Résultats éloignés
du traitement chirurgical
des
Ulcères gastro-duodénaux
(Statistique du Docteur Delore, 1912-1927)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON
et soutenue publiquement le 31 Mai 1927

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

A. LAINÉ

INTERNE DES HÔPITAUX

Né à LYON (Rhône), le 14 Juin 1897



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU
42, Quai Gailleton, 42

—
1927

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire M. L. HUGOUNENQ.
 Doyen M. J. LEPINE.
 Assesseur M. ROLLET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, FLORENCE (A.), ROQUE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD
Cliniques chirurgicales	PIC
	TIXIER
	BERARD
	X.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	ROLLET
Clinique ophtalmologique	NICOLAS
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	LEPINE (J.)
Clinique neurologique et psychiatrique	MOURIQUAND
Clinique des maladies des enfants.....	VILLARD
Clinique des maladies des femmes.....	LANNOIS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	ROCHET
Clinique des maladies des voies urinaires.....	NOVE-JOSSERAND
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	CLUZET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	HUGOUNENQ
Chimie biologique et médicale	MOREL
Chimie organique et Toxicologie	BRETIN
Matière médicale et Botanique	GUIART
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	LATARJET
Anatomie	POLICARD
Histologie	DOYON
Physiologie	COLLET
Pathologie Interne	CADE
Pathologie et Thérapeutiques générales	PAVIOU
Anatomie pathologique	PATEL
Chirurgie opératoire	ARLOING (F.)
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	ETIENNE-MARTIN
Médecine légale	COURMONT (P.)
Hygiène	SAVY
Thérapeutique, hydrologie et climatologie	JEULIER
Pharmacie, ...	

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — Propédeutique de gynécologie	CANDAMIN
— — Chimie minérale	BARRAL
— — Urologie	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	RHENTER.
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER.
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GARIN	ROUBIER	DUNET	DUFOURT.
TRILLAT	FAVRE	CHALIER (André)	DUMAS.
SARVONAT	BONNET	CHALIER (Joseph)	GABRIELLE.
FLORENCE (G.)	RHENTER	NOEL	MANCEAU.
ROCHAIX	MAZEL	CHEVALLIER.	MARTIN (Joseph).
CORDIER (V.)	SANTY	DEVIC.	ROCHET (Ph.).
			WERTHEIMER.

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. NOVE-JOSSERAND, président ; DUNET, assesseur

CHALIER A. et MARTIN, agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation



A MES PARENTS

A MA FEMME

A MA FILLE

MEIS ET AMICIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR G. NOVE-JOSSERAND

Qu'il veuille bien trouver ici l'hommage de notre respectueux attachement et de notre gratitude, pour la bienveillance qu'il nous a témoignée et pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant de présider notre thèse.

A MES JUGES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR X. DELORE

Qui nous a indiqué le sujet de notre thèse, et donné ses conseils; nous lui sommes profondément reconnaissant de tous les enseignements qu'il nous a prodigués au cours de plusieurs semestres passés dans son service.

AU DOCTEUR H. COMTE

Assistant du Docteur Delore, qui a bien voulu diriger l'exécution de ce travail, en gage d'amitié et en remerciement de sa précieuse collaboration.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Externat :

MM. LE DOCTEUR DESGOUTTES,
LE PROFESSEUR GAYET,
LE PROFESSEUR AGRÉGÉ M. DURAND,
LE DOCTEUR X. DELORE,
LE DOCTEUR BARJON,
LE PROFESSEUR AGRÉGÉ VORON.

Internat :

MM. LE DOCTEUR GARDERE,
LE PROFESSEUR GAYET,
LE DOCTEUR MOLIN,
LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LAROYENNE,
LE DOCTEUR X. DELORE,
LE PROFESSEUR G. NOVE-JOSSERAND.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DES ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX

INTRODUCTION

Ce travail, entrepris avec la collaboration du Docteur H. COMTE, assistant du Docteur X. DELORE, se proposait d'étudier le plus complètement possible les résultats immédiats et éloignés du traitement chirurgical des ulcères gastro-duodénaux, en s'appuyant sur l'étude d'un très grand nombre d'interventions pratiquées par notre Maître, le Docteur X. DELORE.

Dans ce but, les malades avaient été recherchés, et un questionnaire détaillé leur avait été envoyé, avec l'intention d'en faire revenir le plus grand nombre possible, pour les examiner cliniquement et radioscopiquement.

Du fait de circonstances imprévues, et de la nécessité d'une installation rapide, nous rapportons ici seulement les résultats généraux et fonctionnels des interventions, en nous basant sur les réponses faites à nos questionnaires. Nous tiendrons compte de plus, dans l'interprétation des résultats, des renseignements fournis par l'observation complète d'une centaine de malades, revus et radioscopés à cette date par le Doc-

teur H. COMTE, Prosecteur à la Faculté, et par le Docteur BEAUPÈRE, Radiologiste des Hôpitaux, que nous sommes heureux de remercier ici pour l'aide efficace qu'ils nous ont apportée.

Nous nous bornerons strictement à l'exposé des résultats cliniques de chaque intervention, en donnant d'abord les indications générales qui ont présidé à leur choix, et les circonstances dans lesquelles elles ont été pratiquées ; en donnant ensuite les comptes rendus des résultats, et enfin leur interprétation rapide, ainsi que les conclusions que nous croirons pouvoir en tirer.

Nous éliminerons systématiquement au cours de cette étude très incomplète, toute discussion théorique, ainsi que tout essai de revue critique des opinions émises.

Nous n'envisagerons pas l'étude des complications aiguës de l'ulcère : hémorragies graves ou perforation; nous bornant à envisager le traitement de l'ulcère non compliqué, tel qu'il a été pratiqué, en dehors des cas d'urgence, dans le service de notre Maître le Docteur DELORE. Nous supposerons toujours que l'indication opératoire était admise, et nous nous placerons pour discuter les différentes interventions, uniquement en face des constatations opératoires, et de l'état général du malade.

Nous avons pu réunir pour ce travail 799 observations de malades opérés par notre Maître le Docteur DELORE, comprenant aussi bien les malades qu'il a opérés à l'hôpital, que ceux de sa clientèle, opérés en ville. Etant donné ce nombre de cas, nous n'avons pas

voulu relater dans ce travail les observations complètes et détaillées de chacun d'eux ; nous les avons condensées sous forme de fiches très résumées, qui contiennent : les renseignements cliniques les plus importants, antérieurs à l'intervention ; les protocoles opératoires ; les suites ou les résultats pour ceux des malades que nous avons pu retrouver. Ces fiches, permettant cependant de retrouver facilement chaque cas particulier, sont donc le résumé des observations portées sur les registres hospitaliers. Nous signalons que certaines fiches sont incomplètes au point de vue des renseignements cliniques. Elles représentent, les unes, les observations prises pendant la guerre ; les autres, les observations de ville du Docteur DELORE, qui ne comprennent souvent qu'un protocole opératoire, et les résultats immédiats. Certains de ces malades n'ont pas été suivis, et sont mentionnés comme tels. D'autres ont été revus ou suivis par le Docteur DELORE, et classés par lui dans les bons résultats, les résultats médiocres, ou les échecs.

Sur les 799 observations rapportées, nous avons :

41 décès opératoires, soit : 5,1 % ;

246 malades, guéris opératoirement, mais non suivis ;

512 malades suivis.

Nous avons compté comme *décès opératoires*, non seulement les malades décédés à l'hôpital immédiatement ou plus ou moins tardivement, mais aussi des malades décédés chez eux, moins de trois mois après l'intervention, soit de phénomènes pulmonaires, soit de fistule duodénale, soit de cause inconnue. Si nous

voulons établir une classification plus serrée, nous pouvons dire que la mortalité opératoire proprement dite est de : 21, soit : 2,6 %, et la mortalité précoce de 20, soit : 2,5 %.

Nous avons dénommé *malades non suivis*, les malades opérés par le Docteur DELORE, qui ont été guéris opératoirement, que nous n'avons plus revus, et dont nous n'avons pas pu avoir de nouvelles. Ces malades représentent 30,7 % du total des observations. Sur ces 246 malades, 14 sont morts chez eux de cause inconnue, plus de trois mois après l'intervention. Le laps de temps écoulé depuis l'intervention, l'âge des malades, et le fait que les familles, dans leurs lettres, n'ont pas incriminé une lésion gastrique, nous permet de dire que pour la très grande majorité, ces morts paraissent indépendantes non seulement de l'intervention, mais aussi de l'affection stomacale. Trois morts seulement, survenues entre trois mois et un an, pourraient au besoin être rattachées à la lésion ulcéreuse.

Nous avons enfin 512 *malades que nous avons pu suivre*, ou dont nous avons pu avoir des nouvelles récentes et précises. Sur ce nombre de malades, il y en a 24 qui sont morts chez eux. Mais pour ces décès, les familles nous ont envoyé des renseignements assez précis et assez détaillés, soit en nous donnant la cause de la mort, soit en nous donnant le *curriculum vitæ* du malade, pour nous permettre d'affirmer que la maladie ulcéreuse ou l'intervention ne sont pour rien dans ces décès. Sur ces malades, une centaine seulement ont été examinés complètement et radioscopés ces jours-ci.

CLASSIFICATION DES RÉSULTATS. — Nous avons tout d'abord divisé les observations qui font la base de ce travail, en trois grands groupes, d'après le siège de l'ulcère :

157 ULCÈRES DU DUODÉNUM.

398 ULCÈRES DU PYLORE.

243 ULCÈRES DE LA PETITE COURBURE.

Dans chacune de ces trois catégories, nous avons classé nos fiches suivant le type précis d'interventions pratiquées. Généralement, les auteurs classent ces interventions en interventions palliatives et interventions radicales. Cette classification nous semble difficilement admissible pour les ulcères gastro-duodénaux, la gastroentérostomie dans les ulcères du duodénum et du pylore pouvant être considérée comme palliative en tant que s'adressant à la sédation des symptômes, mais étant en réalité souvent radicale, en tant que guérissant souvent définitivement la lésion elle-même. Nous admettons de plus, comme LECÈNE, dans son *Traité de Pathologie*, que les résections, si étendues qu'elles soient, ne peuvent être appelées opérations radicales, puisqu'elles ne s'adressent pas à la cause même de la maladie ulcéreuse.

Ces considérations nous ont poussé à envisager surtout les résultats fonctionnels des interventions, d'autant plus qu'il est le plus souvent impossible, en présence d'un malade amélioré ou fonctionnellement guéri, d'affirmer la disparition définitive de la lésion ulcéreuse. Certains troubles persistants qui nous ont fait classer certaines observations dans les malades

améliorés, peuvent être interprétés comme étant dûs à la persistance d'un ulcère après gastroentérostomie, ou à de simples troubles fonctionnels survivant à la cicatrisation de l'ulcère.

La date de guérison définitive nous semble également très difficile à préciser. Le critérium adopté varie énormément suivant les auteurs. KOCHER demande un laps de temps égal à 1 an 1/2. BALFOUR admet qu'il y a peu de chances, 2 ans après l'intervention, de voir survenir des troubles ou une récurrence. (Cependant, il ne cite que des observations d'au moins 10 ans.) Ceci est en contradiction avec ce que nous avons observé ; beaucoup de malades font des ulcères peptiques ou récidivants, 3, 4, et même 6 et 7 ans après l'intervention, ces récurrences survenant parfois chez des malades en apparence complètement guéris.

Nous considérons comme guéris les malades qui sont en bonne santé au moment de leur réponse, nos résultats s'échelonnant ainsi depuis quelques mois, jusqu'à une quinzaine d'années et plus.

Pour toutes ces raisons, nous avons adopté une classification très simple, basée surtout sur les résultats fonctionnels :

Résultats bons.

Résultats médiocres.

Echecs.

Les BONS RÉSULTATS comprennent les malades guéris comme nous le disons plus haut, c'est-à-dire ceux ne présentant *aucun* trouble fonctionnel, ou bien des troubles *excessivement légers*.

Les RÉSULTATS MÉDIOCRES comprennent les malades qui présentent, soit quelques *douleurs*, soit des troubles *dyspeptiques*, sans qu'en aucun cas, ces troubles soient identiques à ceux présentés par les malades avant l'intervention. Nous avons également mis dans le même groupe de résultats, des malades n'ayant présenté aucun trouble fonctionnel, mais chez lesquels l'apparition épisodique d'une hématomèse légère semble indiquer la continuation du processus ulcéreux.

Nous considérons comme ÉCHECS, les malades ayant continué à *souffrir* autant qu'avant l'intervention, ou ayant des troubles dyspeptiques graves ; et les malades ayant présenté tardivement soit une *récidive*, soit un *ulcère peptique*, soit une *sténose* de la bouche de gastroentérostomie, soit une *hématomèse* grave.

PREMIÈRE PARTIE

Les ulcères du duodénum

Les ulcères du duodénum

Nous classons dans les ulcères duodénaux, tous les ulcères qui se sont montrés à l'intervention, très nettement séparés du sphincter pylorique.

Nous estimons, en effet, que la distinction classique en France entre l'ulcère duodéal et l'ulcère pylorique doit être maintenue, mais qu'il est nécessaire de préciser les termes employés, et de ne compter comme ulcères duodénaux, que les ulcères situés nettement sur le bulbe duodéal et non pas simplement sur le versant duodéal du pylore.

Cette distinction ainsi conçue repose sur des faits cliniques, anatomiques, et opératoires.

Au point de vue clinique, l'ulcère duodéal vrai, tel que l'avait admis après Bucquoy l'école française, ne s'accompagnait d'aucun retentissement pylorique. L'ulcère duodéal ainsi conçu ne correspondait qu'à une minorité de faits et ne comprenait que des ulcères situés sur le duodénum, à une certaine distance du pylore. Cependant, nous savons maintenant qu'il n'existe pas une superposition absolue entre le siège de l'ulcère par rapport au pylore et son retentissement pylorique, et que des ulcères duodénaux situés

à une égale distance du pylore, peuvent ou non s'accompagner de phénomènes de rétention. Ces phénomènes de rétention semblent cependant moins marqués pour les ulcères situés à quelque distance du pylore, que pour les ulcères du versant duodénal proprement dit. Ce qui permet, même au point de vue clinique d'admettre l'individualité non seulement d'un ulcère duodénal vrai, mais d'un ulcère du bulbe duodénal, ulcère pouvant s'accompagner d'un léger retentissement pylorique.

Au point de vue anatomique, cette distinction permet d'individualiser un ulcère pylorique situé sur le versant stomacal ou duodénal de cette valvule, et un ulcère duodénal nettement séparé du sphincter pylorique, sans comprendre dans les ulcères duodénaux, comme le fait l'école américaine, l'ulcère si spécial de la région pylorique.

Au point de vue opératoire, si les ulcères duodénaux et pyloriques tels que nous les envisageons, sont justiciables en général de la même thérapeutique, il faut noter cependant que l'ulcère pylorique est, du fait de son siège et de la mobilité de ce segment intestinal, accessible à une thérapeutique radicale, beaucoup plus facilement que l'ulcère du bulbe duodénal situé à la limite de la portion fixe de l'intestin.

Cette classification présente, en outre, l'avantage de permettre la comparaison des résultats obtenus avec ceux publiés dans les statistiques françaises. Nous donnerons, de plus, une vue d'ensemble des résultats dans les ulcères pyloriques et duodénaux, comparables alors aux résultats obtenus dans les ulcères duo-

dénaux des auteurs anglo-saxons, qui confondent sous ce nom, l'ulcère duodénal, et l'ulcère pylorique.

Cette classification nous a conduit à laisser dans les ulcères du pylore, 51 cas d'ulcères catalogués à l'intervention comme ulcères pyloriques, mais en spécifiant qu'ils étaient sur le versant duodénal du pylore. Pour les raisons cliniques, anatomiques et opératoires que nous avons citées, ces ulcères nous ont semblé ne pas pouvoir être séparés des ulcères du versant gastrique du pylore.

Nous faisons remarquer, d'autre part, qu'en éliminant dans chacune de ces deux classes les cautérisations suivant le procédé de Balfour, il existe, entre les ulcères duodénaux et pyloriques, une différence nette dans le pourcentage des interventions directes et indirectes. Sur 398 ulcères du pylore, il a été pratiqué 12 % d'interventions directes (excisions ou gastrectomies), alors qu'il n'en a été pratiqué que 2,5 % sur nos 157 ulcères duodénaux.

CHAPITRE PREMIER

Résultats des différentes interventions pratiquées

Dans nos 157 cas d'ulcère du duodénum, il a été pratiqué :

133 gastroentérostomies { 96 à la suture.
37 au bouton.

3 gastroentérostomies avec exclusion du pylore.

6 gastroentérostomies avec enfouissement de l'ulcère.

11 gastroentérostomies avec cautérisation (Balfour).

4 gastropylorectomies, type Billroth II.

A. — Résultats de la gastroentérostomie

La gastroentérostomie a été pratiquée comme seule intervention dans 133 cas. Les difficultés du traite-

ment direct de l'ulcère duodénal, les bons résultats connus depuis longtemps de la gastroentérostomie, expliquent que l'on ait eu recours, dans l'immense majorité des cas, au traitement indirect par gastroentérostomie. Nous n'avons retrouvé aucun cas de gastroduodénostomie. Cette intervention, suivant la technique de HEINECKE-MIKULICZ ou de JABOULAY avait été pratiquée puis complètement abandonnée à Lyon, ses avantages physiologiques ne pouvant entrer en balance avec son inconvénient majeur qui est d'intervenir au contact des lésions inflammatoires. Cette intervention, rajeunie par le procédé de FINNEY, et complétée ainsi que l'a préconisé W. MAYO, par l'excision et la thermocautérisation de l'ulcère, peut présenter quelques indications dans les cas de petit ulcère quiescent, et quand les conditions anatomiques la favorisent; mais elle est toujours plus complexe qu'une gastroentérostomie, et n'a jamais été pratiquée dans notre série de cas.

La gastroentérostomie a, dans la plupart des cas, été pratiquée par le *procédé de la suture*, cette suture étant exécutée au moyen de *trois plans* (muqueux, musculo-séreux, séreux) et toujours avec du *catgut*. En aucun cas, il n'a été fait usage de clamps. Contrairement à ce que préconisent beaucoup de chirurgiens, la gastroentérostomie n'a jamais été exécutée au niveau de l'antra pylorique, mais juste en avant de celui-ci, au niveau de la portion horizontale de l'estomac. Notre Maître, le Docteur DELORE estime, en effet, que les gastroentérostomies situées au niveau du pyllore, ne fonctionnent pas mieux que celles établies

un peu plus haut, qui ont de plus l'avantage d'être à l'abri des lésions de gastrite ou des contractions musculaires entretenues parfois au niveau de l'antra, par la présence de l'ulcère sous-jacent du duodénum. La gastroentérostomie a été pratiquée à anse relativement courte, sans attacher d'importance à la manœuvre de Rockwitz, ni à la direction horizontale ou verticale de la bouche.

Sur 96 gastroentérostomies à la suture, la bouche de gastro a été faite 88 fois postérieure transmésocolique. Dans 8 cas, elle a été prémésocolique (5 fois postérieure, 3 fois antérieure), à cause de la brièveté du mésocôlon, qui, ou bien ne permettait pas de faire la gastroentérostomie, ou bien pouvait faire craindre, à brève échéance, une sténose de la bouche.

La gastroentérostomie a été faite 37 fois au bouton de Jaboulay. Ce procédé tire ses indications, surtout des contre-indications de la suture. Nous reconnaissons volontiers la supériorité de cette dernière technique. Mais le bouton a cependant été employé dans certains cas particuliers : malades arrivant trop tard à l'intervention, dans un état général tel que l'on était obligé d'aller au plus vite ; ou encore estomacs épaissis, ou présentant une vascularisation telle qu'une suture aurait été plus dangereuse ; ou intestin à parois très friables, et où le bouton risquait moins de causer de déchirures. Dans tous ces cas d'ailleurs, la suture aurait été possible, mais elle était considérée comme un peu plus grave ; c'est pourquoi le bouton a été préféré.

1. — *Gastroentérostomies à la suture*

Sur 96 gastroentérostomies à la suture, nous n'avons aucun cas de mortalité opératoire à signaler. Cela provient probablement de ce que l'on ne fait une suture, le plus souvent, qu'aux malades qui sont en état de supporter cette intervention, les autres étant justiciables du bouton.

Sur ces 96 cas, nous avons pu suivre ou retrouver 66 malades, et nous allons brièvement faire l'analyse des résultats.

I. BONS RESULTATS. — Nous avons classé, dans les bons résultats, 50 malades, soit 75,7 % des malades suivis. Tous ces malades n'ont été opérés qu'une fois, et guéris définitivement, ou au moins très améliorés, quelques-uns depuis 14 ans.

La plupart ont des résultats parfaits, c'est-à-dire qu'ils ont des estomacs à toute épreuve, qu'ils ont engraisé plus ou moins, et peuvent faire leur travail comme s'ils n'avaient rien eu. Cependant, quelques malades signalent quelques petits troubles :

4 malades (Obs. n^{os} 11, 31, 35, 42) ne souffrent absolument pas, à condition de suivre leur régime, ou bien, ont des estomacs un peu moins solides que les précédents.

2 malades (Obs. n^{os} 25, 30) se plaignent de douleurs ayant leur siège au niveau de la cicatrice.

1 malade (Obs. n^o 24) a eu quelques petits troubles qui ont disparu facilement avec un traitement médical.

1 malade (Obs. n° 16) a continué de souffrir encore pendant 6 mois après l'intervention, puis a été bien guéri, et cela depuis 5 ans 1/2.

Signalons enfin une malade (Obs. n° 4), qui a d'abord été soignée pour cholécystite calculieuse. On lui avait fait une cholécystectomie. Puis elle eut une éventration, dont on fit la cure radicale, et un an après, elle fut opérée pour ulcère duodénal. Elle est bien guérie depuis 6 ans.

La plupart des malades, malgré le questionnaire, ne donnent que peu d'indications précises sur les suites médiate de leur intervention. Un seul s'est plaint de souffrir encore pendant quelques mois. Notre Maître, le Docteur DELORE, estime qu'il est assez fréquent, après une gastroentérostomie pour ulcère du duodénum, que les malades aient des troubles pendant quelques mois, et que la disparition des symptômes ne se fasse que progressivement.

II. RESULTATS MEDIOCRES. — Sur les 66 cas retrouvés, nous avons 6 résultats médiocres, soit 9,2 %. Sur ces 6 malades, 5 ont des troubles douloureux ou dyspeptiques.

Une malade (Obs. n° 9) a été opérée en Suisse, un an 1/2 avant d'être opérée par le Docteur DELORE. On ne sait pas ce qu'elle a subi à ce moment. Elle n'a eu qu'une amélioration passagère, et a des vomissements, mais sans souffrances. De même un autre malade (Obs. n° 33) n'a conservé que des digestions pénibles, mais sans souffrances réelles.

Deux malades (Obs. n°s 19 et 22) ont continué à

souffrir et à vomir de suite après leur opération, mais nettement moins qu'avant.

Un malade (Obs. n° 32) continue à souffrir de temps en temps, sans avoir eu d'amélioration complète. A la radioscopie, le Bi passe par la gastro seulement.

Enfin, le dernier malade (Obs. n° 17), a été guéri complètement pendant 2 ans, puis a eu deux petites hématomèses coup sur coup, qui lui ont fait garder le lit 8 jours. Ensuite, sa guérison a été maintenue pendant 3 ans. Evidemment, ce malade se considère comme guéri, mais nous avons été obligés, à cause de ces hématomèses, de le considérer comme résultat médiocre, puisque cet épiphénomène pouvait marquer soit la continuation du processus ulcéreux, soit l'apparition d'un nouvel ulcère, qui se serait guéri seul, comme le premier s'était guéri.

Certains auteurs ont attaché de l'importance à l'âge du malade, qui subissait la gastroentérostomie, et trouvaient, parmi les malades ayant conservé des troubles nets, un gros pourcentage de jeunes. Nous n'avons rien constaté de pareil, puisque les âges des malades de cette catégorie sont respectivement : 23, 27, 36, 40, 51, 55 ans.

On pourrait aussi incriminer la gastroentérostomie antérieure ou précolique, mais tous ces malades les ont eues postérieures et transmésocoliques.

III. ECHECS. — Nous avons constaté 10 échecs de la gastroentérostomie, c'est-à-dire 15,1 % des 66 cas examinés.

Trois malades ont continué à souffrir dès leur sor-

tie de l'hôpital, et leurs douleurs avaient le même caractère et la même intensité qu'avant l'intervention. L'un d'eux, que nous n'avons pas revu, mais qui nous a écrit (Obs. n° 29) nous dit souffrir autant qu'avant. — Deux autres malades ont été réopérés : l'un (Obs. n° 27) au bout de 10 mois : on a constaté que l'ulcère, situé à 2 cm. du pylore, était resté actif ; on lui a fait un Balfour, et il est resté guéri ensuite pendant deux ans. — L'autre (Obs. n° 6) a toujours souffert ; elle a été réopérée deux mois après la première intervention : l'ulcère resté actif était à 5 cm. du pylore, donc, au-dessus de toute thérapeutique directe, et actuellement, elle continue toujours à souffrir.

Deux malades, de la clientèle du Docteur DELORE (Obs. n°s 61 et 62) ont continué à souffrir depuis leur intervention, qui est éloignée de 4 ans. Comme nous n'avons pas d'autres renseignements et que nous ne savons pas quel est le caractère actuel de leurs douleurs par rapport à celles d'avant l'intervention, nous les avons classés dans les échecs.

Un malade (Obs. n° 58) a eu des vomissements incoercibles dès après son opération. On est réintervenue au bout de quinze jours, et on a trouvé un ulcère peptique, que l'on a excisé. Ce malade est ensuite resté guéri pendant 5 ans. Il est à remarquer que, dans ce cas, il y avait des ulcères multiples du duodénum, ce qui pourrait indiquer une activité plus grande du processus ulcéreux.

Quatre malades enfin, sont allés bien pendant quelque temps, puis ont fait des accidents divers. L'un

d'eux (Obs. n° 3) qui avait des ulcères multiples duodénaux, parut guéri pendant 3 mois; on fut obligé de réintervenir au bout de ce temps pour des douleurs, et on trouva deux nouveaux ulcères de la petite courbure, dont l'un paraissant ancien, avait peut-être échappé à l'examen lors de la première intervention, mais dont l'autre paraissait récent. — Un autre (Obs. n° 36) est allé bien pendant 6 mois, puis eut des vomissements; on réintervint et on trouva une sténose de la bouche de gastro; l'ulcère paraissait guéri. — Un autre (Obs. n° 23) est allé bien pendant 1 an, puis recommença à souffrir; on lui fit une laparotomie exploratrice qui fut négative. — Le dernier enfin (Obs. n° 10) est réopéré au bout de 7 ans, pour un ulcère peptique. Ce malade, radioscopé, a une bouche de gastro qui évacue normalement le Bi, sans que celui-ci passe par le pylore.

2. — *Gastroentérostomies au bouton*

Sur 37 gastroentérostomies au bouton, nous relevons seulement un décès opératoire. Ce malade (Obs. n° 97) dont l'observation était malheureusement très incomplète, est mort 7 jours après l'intervention, très probablement par suite de complications pulmonaires. Ceci nous donne un pourcentage de décès de 2,7 %.

Sur ces 37 cas, nous avons revu ou suivi 26 malades, qui sont ainsi classés :

I. BONS RESULTATS.— Dans cette catégorie, nous avons 18 malades, soit 69,2 %.

17 malades sont parfaitement bien guéris, certains depuis 11 ans, et ils n'ont jamais présenté aucun trouble.

L'autre (Obs. n° 103) a été réopéré systématiquement 15 jours après sa première intervention, pour pratiquer l'exérèse de l'ulcère. Mais celui-ci avait complètement disparu. En outre, on a constaté que le mésocôlon, complètement rétracté, enserrait la bouche de gastro ; aussi, par mesure de prudence, lui fait-on une nouvelle gastro antérieure et précolique. Il est resté bien guéri depuis 4 ans. Nous avons mis ce malade dans les bons résultats, car il a été réopéré de parti pris, 15 jours après, et non pas pour s'être présenté au bout d'un laps de temps plus ou moins long pour un trouble quelconque.

II. RESULTATS MEDIOCRES. — Ils sont au nombre de deux seulement, soit 7,6 % des 26 cas examinés.

L'un d'eux (Obs. n° 109) a des troubles dyspeptiques, pesanteurs et ballonnements, sans avoir jamais eu une période d'accalmie complète.

L'autre (Obs. n° 111) a également des troubles dyspeptiques et quelques douleurs depuis son intervention. Il est à remarquer que ce malade avait des ulcères multiples du duodénum, sur les 1^{re} et 3^{me} portions de celui-ci.

III. ECHECS. — Nous en avons trouvé 6 cas, soit pour les 26 malades 23,2 %.

Un de ces malades (Obs. n° 107) est mort trois se-

maines après l'intervention, chez lui, après avoir eu de nombreuses et fortes hématémèses. C'est donc un échec par continuation du processus ulcéreux.

Un autre (Obs. n° 113) est allé bien pendant 6 mois puis recommença à souffrir. On lui fit une laparotomie exploratrice qui resta négative. Cette intervention date de 3 mois, et depuis il ne souffre plus.

Quatre malades enfin sont revenus pour une sténose de la bouche de gastro.

Le premier (Obs. n° 98) a été réopéré au bout de 2 mois. On a constaté, en même temps que la présence de la sténose, l'existence d'un ulcère récidivant de la petite courbure, dont on a pratiqué l'excision. Il est resté guéri depuis 2 ans.

Le deuxième (Obs. n° 100), après une accalmie, s'est remis à souffrir au bout de 2 mois. On le réopère et on voit que l'ulcère est très diminué, et qu'il existe une sténose de la gastro. Il ne souffre plus depuis cette intervention.

Le troisième (Obs. n° 105) est réopéré pour une sténose de la gastro, au bout de 2 ans. Il ne souffre plus depuis cette intervention. Radioscopé récemment, on constate que le Bi passe bien par la bouche de gastro.

Le dernier (Obs. n° 110) est réopéré au bout d'un an pour une sténose de la gastro. On constate que l'ulcère était encore en activité.

Ces quatre malades, qui ont présenté à la réintervention des sténoses de la bouche de gastro, présentaient des ulcères en activité qui, probablement, n'avaient

vaient été améliorés que temporairement par une bouche trop petite. Sauf le premier cas, guéri par l'excision de l'ulcère de la petite courbure, deux autres malades ont continué à souffrir. Ce qui semble bien prouver que dans ces cas, la lésion ulcéreuse, par le fait sans doute de lésions gastriques associées, était au-dessus de la thérapeutique par simple gastroentérostomie.

Nous faisons remarquer, en passant, que la gastroentérostomie au bouton donne plus d'échecs à distance que celle à la suture, et spécialement plus de sténoses.

3. — *Interprétation des résultats de la gastroentérostomie*

La gastroentérostomie pratiquée isolément, nous a donné une mortalité opératoire de 1 sur 133 cas, soit 0,7 %. Nous avons donc là une mortalité excessivement basse. Pour l'expliquer, on peut faire intervenir le fait que toutes les gastroentérostomies difficiles ont été faites au bouton, méthode qui, si elle donne donc un pourcentage un peu plus grand d'insuccès éloignés, s'est avérée d'une bénignité remarquable.

Nous donnons ci-dessous, sous forme de tableau, les résultats de la gastroentérostomie.

Gastroentérostomie à la suture :

Bons résultats	75,7 %
Résultats médiocres	9,2 %
Echecs	15,1 %

Gastroentérostomie au bouton :

Bons résultats	69,2 %
Résultats médiocres	7,6 %
Echecs	23,2 %

Gastroentérostomie en général :

Bons résultats	73,9 %
Résultats médiocres	8,7 %
Echecs	17,4 %

I. SES SUCCÈS. — En somme, la gastroentérostomie a apporté, dans un très grand nombre de cas, des résultats excellents. De plus, nous remarquons que les résultats donnés comme médiocres peuvent, à la rigueur être comptés à l'actif de la méthode, étant donné que nous avons affaire à des malades soulagés en grande partie des symptômes de leur affection. On peut donc dire que la gastroentérostomie donne un résultat favorable total dans 82,6 % des cas. Ces résultats de la gastroentérostomie s'expliquent du reste par le mécanisme d'action de cette intervention, qui peut prêter à quelques considérations.

Dans l'ulcère duodénal, tel que nous l'avons conçu, la gastroentérostomie se trouve presque toujours dans la condition que l'on a coutume d'appeler : gastro à pylore perméable. Nous avons bien noté dans un grand nombre de cas de nos observations, des vomissements, et même des phénomènes de sténose plus accentués, mais il s'agissait toujours de sténose très incomplète, spasmodique, et l'on peut admettre

que le plus souvent, après l'amélioration due à la gastroentérostomie dans les premiers jours, celle-ci se trouve finalement fonctionner avec un pylore de perméabilité presque complète. La question du fonctionnement de la gastro à pylore ouvert a donné lieu à de nombreuses discussions que nous ne voulons pas rappeler ici. Disons seulement qu'après une première phase surtout expérimentale, il a semblé ressortir, pour la majorité des auteurs, que la gastro à pylore ouvert ne fonctionnait pas ; mais que dans une deuxième phase, l'étude radiographique et radioscopique de l'estomac anastomosé chez l'homme, a montré que dans la très grande majorité des cas, l'évacuation de l'estomac se faisait, pour la plus grande partie, par la bouche de gastro, même en cas de pylore perméable.

Les travaux de PERS, PETREN, de CAILLÉ, DURAND et MARRE, etc..., s'accordent à montrer que, dans près des deux tiers des cas, le Bi passe surtout par la bouche de gastro. Dans les autres cas, le passage se fait par la bouche de gastro et par le pylore ; et dans quelques rares cas, par le pylore seulement. MOPPERT a récemment étudié très complètement l'évacuation de l'estomac après gastroentérostomie pour les ulcères du groupe pylorique, et aboutit aux mêmes conclusions, notant de plus, que les meilleurs résultats se trouvent dans les cas où l'évacuation se fait uniquement ou surtout par la bouche de gastro. Plus que ces travaux disparates, sont intéressants les travaux n'envisageant que les cas d'ulcères du duodénum. LARJET, dans sa thèse, a revu 17 malades à la radioscopie :

pour 13 malades guéris, le Bi passait dans 94 % des cas par la bouche seule ou surtout par la bouche, et dans 4 % des cas, en quantité égale par la bouche et par le pylore; pour 4 malades non améliorés, le passage se faisait dans 50 % des cas par la bouche seule, et dans 50 % des cas, à égalité entre la bouche et le pylore.

Certains de nos malades ont été radioscopés. Il s'agissait 6 fois de malades allant bien: 2 vidaient leur estomac par la gastro seule; 2 par la gastro en majeure partie; et dans 2 cas, le duodénum s'injectait très rapidement, et il semblait à l'examen que l'angle duodéno-jéjunal adhérait à l'estomac et qu'il y avait aussi des passages à ce niveau qui semblaient correspondre à la bouche de gastro. Deux malades, qui avaient présenté des sténoses de la gastro, vidaient leurs estomacs par la bouche (Obs. n^{os} 10 et 105) et vont bien maintenant; de même un malade (Obs. n^o 32) qui présentait des troubles dyspeptiques.

De toutes ces études, il ressort clairement que dans la grande majorité des cas, la bouche de gastro, même avec un pylore perméable, contribue très largement à la vidange de l'estomac, soulageant ainsi le transit duodénal, et que ces constatations mécaniques concordent avec les bons résultats cliniques et l'efficacité de la gastro pour l'ulcère du duodénum.

On a étudié, d'autre part, les modifications subies par le duodénum et la sécrétion pancréatique après la gastroentérostomie. Ces études ont montré qu'après la gastro, le segment duodénal ne présentait que des modifications anatomiques très peu marquées,

consistant en une atrophie légère de la couche musculaire et des glandes. Il n'a été observé d'autre part aucune réduction quantitative notable de la sécrétion pancréatique après gastroentérostomie simple, ce qui montre bien que cette intervention ne présente de ce côté aucun inconvénient. Par contre, quand on a fait en même temps une exclusion, la réduction quantitative de la sécrétion pancréatique s'est montrée très sensible.

Nous savons enfin que l'établissement d'une gastroentérostomie n'entraîne aucun trouble physiologique, du fait de la présence presque constante de bile et de suc pancréatique dans l'estomac, et que même, la présence de bile serait utile par son alcalinité neutralisant plus ou moins l'acidité stomacale. Ce phénomène aurait l'avantage d'éviter, dans une certaine mesure, les ulcères peptiques ou récidivants. Nous verrons cependant que ceux-ci sont fréquents dans la gastroentérostomie pour ulcères du duodénum.

II. SES ÉCHECS ET SES TROUBLES. — A côté de ces bons résultats de la gastroentérostomie, il existe cependant un assez grand nombre d'échecs. On peut se demander si cette thérapeutique palliative ne laisse pas, dans beaucoup de cas, persister indéfiniment des lésions ulcéreuses. L'étude des résultats médiocres et mauvais que donne la gastro dans certains cas, nous montre bien qu'il est possible que le processus ulcéreux puisse persister dans ces cas, malgré même les améliorations marquées de l'état fonctionnel du malade.

L'analyse des différents troubles ou accidents observés après cette intervention montrera d'une façon évidente l'absence de guérison anatomique dans un petit nombre de cas. *Nous éliminons de cette étude les accidents post-opératoires de la gastro, que nous étudierons rapidement plus tard.* Les troubles observés peuvent être : *des hémorragies, des perforations, des douleurs, des ulcères peptiques ou récidivants, des sténoses de la bouche.*

Hémorragies. — On peut observer, après la gastro-entérostomie pour ulcère du duodénum, des hémorragies immédiates. Il est bien certain que l'hématémèse minime ou teintant simplement de sang le liquide du lavage gastrique post-opératoire, peut faire incriminer la gastro elle-même. Mais on observe aussi de grandes hémorragies cataclysmiques, souvent mortelles, de suite après l'opération. Ces hémorragies immédiates ont fait l'objet d'un travail récent de METGE, qui en a observé 4 cas, et sont signalées dans certaines statistiques (PETREN et CARRÉ). Notre Maître, le Docteur DELORE, nous a signalé en avoir observé un cas grave, qui ne s'est pas terminé par la mort. Il est infiniment probable qu'il ne s'agit pas là d'une simple coïncidence entre l'acte opératoire et la rupture d'un vaisseau, mais que les manœuvres opératoires tiraillant la région ulcérée doivent être incriminées.

Plus que sur cette complication rare et immédiate, nous désirons attirer l'attention sur la reprise des hémorragies quelque temps après la gastroentérostomie. Celle-ci peut survenir dans un laps de temps relativement court, et traduire alors la continuation de l'évo-

lution du processus ulcéreux. C'est là le cas d'un de nos malades (Obs. n° 107), qui, une fois rentré chez lui, est mort trois semaines après l'intervention, après avoir eu de nombreuses et fortes hématomèses. Dans d'autres cas, ces hémorragies surviennent beaucoup plus longtemps après l'intervention et peuvent être alors attribuées, soit à la reprise de l'activité de l'ulcère, soit à l'apparition d'un nouvel ulcus. Les hémorragies survenant longtemps après la gastroentérostomie chez les malades améliorés ou guéris semblent devoir être attribuées à la continuation du processus ulcéreux, latent ou silencieux au niveau du duodénum. HOHLBAUM signale de grandes hémorragies survenues 3 et 5 ans après l'opération. Pour nous, nous avons observé un malade (Obs. n° 17) qui, après être allé bien pendant deux ans, a présenté deux hématomèses sans que son état se soit aggravé après celles-ci, puis est resté guéri pendant trois ans. Il est certain que la résection mettrait les malades à l'abri de ces complications, mais celles-ci sont rares, et de plus, HOHLBAUM estime que ce sont surtout les ulcères calleux de la paroi postérieure, donc non extirpables, qui sont la source de ces hémorragies récidivantes.

Perforations. — Cette complication est signalée aussi par tous les auteurs ; elle a fait l'objet de la thèse récente de LARRIEU. Certains l'ont observée très rarement. BALFOUR ne l'a pas vue sur 1.000 cas. LARJET n'en signale lui-même aucun cas. Nous-même n'en avons pas trouvé, mais nous faisons remarquer que dans certains cas où l'ulcère semblait menacer la solidité des tuniques intestinales, il a été fait préven-

tivement chez nos malades des enfouissements de l'ulcère en rapprochant la séreuse, comme traitement préventif de la perforation (Obs. n^{os} 151, 152, 153).

Douleurs. — Certains malades ont recommencé à souffrir de suite après l'intervention. Mais là, de grandes distinctions doivent être faites, suivant le type et l'intensité des douleurs.

Dans une première catégorie de cas, les malades ont présenté surtout des troubles dyspeptiques. Ces troubles d'apparence banale, sont tout à fait analogues au syndrome de dyspepsie secondaire après gastroentérostomie, déjà décrit depuis longtemps par DENÉCHAU et PARMENTIER. Ces troubles, du reste nous semblent peu fréquents. Nous avons signalé que certains de nos malades, parfaitement guéris, avaient présenté quelques troubles dyspeptiques légers, rapidement calmés par un régime alimentaire sain et normal. A côté de ces malades, certains ont présenté un véritable syndrome dyspeptique secondaire. Nous les avons classé parmi les résultats médiocres. Deux malades nous semblent répondre certainement à ce syndrome (Obs. n^{os} 9, 33) en présentant des troubles digestifs, de temps en temps des vomissements, mais pas de douleurs vraies à type périodique. Quelques troubles, de plus, peuvent être attribués à un léger degré d'éventration présenté par les malades.

Parmi les résultats médiocres, nous avons aussi noté trois malades qui présentaient, à un degré beaucoup moindre qu'avant l'intervention, des douleurs à type tardif et périodique. L'interprétation de ces troubles est difficile. Nous n'avons malheureusement

pas encore leur examen radiologique, mais il nous semble qu'on peut les imputer à une continuation du processus ulcéreux, amélioré seulement par la gastroentérostomie.

Cette interprétation nous semble d'autant plus probable que, parmi les malades qui ont continué à souffrir de douleurs à type ulcéreux, et que nous avons classés parmi les échecs, étant donné l'intensité du syndrome, deux réinterventions, l'une au bout de 10 mois, l'autre au bout de 2 mois, ont montré la persistance d'un ulcère éloigné du pylore. Dans un cas, l'ulcère fut guéri par un Balfour; dans l'autre cas, l'ulcère, trop étendu, ne put être attaqué directement, et le malade continue à souffrir.

Nous avons aussi classé, parmi les échecs, trois malades qui ont continué à souffrir après l'intervention, et que nous n'avons malheureusement pas encore pu réexaminer; pour ceux-ci, nous sommes réduits aux hypothèses.

D'autre part, P. DUVAL et J.-C. Roux ont attiré récemment l'attention sur les sténoses incomplètes chroniques sous-vatériennes du duodénum. Ces sténoses ne semblent généralement pas dues à des adhérences consécutives à la gastroentérostomie, mais, le plus souvent, à des lésions ulcéreuses duodénales plus bas situées, non reconnues à l'intervention. Nous n'avons pas eu l'occasion, au cours des quelques radioscopies effectuées pour étudier les résultats éloignés, de constater ce syndrome.

Les causes de persistance des douleurs après gastroentérostomie pour ulcères du duodénum, ont été

récemment longuement étudiées par les auteurs anglo-saxons (BALFOUR, MOYNIHAN, etc...). Pour ceux-ci, ce sont : soit des erreurs de diagnostic (cholécystite, appendicite), soit même le fait admis chez eux, que l'ulcère du duodénum décelé était secondaire à une lésion extrinsèque (cholécystite, appendicite, foyer d'infection buccale ou amygdalienne...). Ces cas nous semblent excessivement rares. Dans notre statistique, nous pouvons expliquer cela par le fait que nous avons appelé ulcères duodénaux, des lésions évidentes et macroscopiques et que nous avons laissé de côté toutes les duodénites et périoduodénites douteuses, cataloguées parmi les estomacs fonctionnels, et nous savons que c'est dans ces cas que la gastro donne ses moins bons résultats.

Des études entreprises dans le service du Docteur DELORE sur l'aspect du duodénum après gastroentérostomie, nous permettront de justifier plus ou moins l'hypothèse énoncée plus haut : que les échecs de la gastroentérostomie pour ulcères duodénaux dûment constatés, sont dûs à quelques rares cas de continuation du processus ulcéreux, malgré cette gastroentérostomie.

Ulcères peptiques ou récidivants. -- Nous avons noté 4 ulcères récidivants après gastroentérostomie pour ulcères du duodénum, qui sont rapportés plus haut dans le compte rendu des échecs.

Dans 2 de ces cas, l'ulcère est survenu sur la bouche de gastro elle-même ; ces cas rentrent donc dans la catégorie des ulcères peptiques proprement dits.

Ils ont été observés tous les deux après des gastroentérostomies à la suture. L'un d'eux (Obs. n° 58), nous semble répondre à un cas très rare. Il s'agissait, en effet, d'un malade dont l'ulcère peptique apparut très rapidement et conduisit à une réintervention 15 jours après la première opération. L'autre malade (Obs. n° 10) eut un ulcère peptique 7 ans après sa gastro, donc après un laps de temps très grand, chose que nous avons du reste observée souvent après les gastroentérostomies pour ulcères du pylore et de la petite courbure.

Dans 2 autres cas, les ulcères ont réapparu sur la petite courbure, une fois après une gastro à la suture (Obs. n° 3), une autre fois après gastro au bouton (Obs. n° 98). Dans les deux cas, ces ulcères ont été guéris par une excision.

La fréquence des ulcères récidivants, après ulcères du duodénum a donc été de 4,3 % pour les 92 gastroentérostomies suivies, avec une proportion égale d'ulcères récidivants et d'ulcères peptiques proprement dits. Les ulcères récidivants situés sur la petite courbure sont survenus tôt après l'opération et paraissaient bien dans les deux cas être des ulcères nouveaux, récents, ou, tout au moins, de petits ulcères non décelables à la première intervention, et ayant continué d'évoluer malgré la gastroentérostomie.

Nous avons signalé, dans le compte rendu de ces cas, que deux fois les malades présentaient des ulcères doubles du duodénum, ce qui peut indiquer une gravité spéciale du processus ulcéreux.

Nous signalons enfin que l'ulcère récidivant est

apparu avec la même fréquence relative après gastro à la suture et gastro au bouton.

Sténoses de la bouche de gastro. — Au cours des réinterventions, la sténose de la bouche de gastro a été constatée dans 5 cas, sans que dans aucun de ces cas on ait vu de processus ulcéreux au niveau de la bouche. Dans un cas (Obs. n° 98) le malade a présenté en même temps, deux mois après l'intervention, un ulcère récidivant de la petite courbure et une sténose de la bouche. Cet ulcère récidivant d'une façon précoce, et que nous avons signalé plus haut, peut, en réalité, être considéré comme la conséquence de la sténose de la bouche. Chez 4 malades, les premiers symptômes de la sténose de la bouche sont survenus respectivement : 2 mois, 3 mois, 6 mois, 2 ans, après l'intervention, ces malades étant allés tout à fait bien pendant ces différents laps de temps. Un seul (Obs. n° 110), avait continué à souffrir dès après son intervention, et fut opéré un an plus tard pour sténose de sa bouche. L'intervalle libre noté après l'intervention, ainsi que les constatations opératoires, semblent bien montrer que, dans la majorité des cas, ces sténoses ne sont pas dues à un ulcère peptique cicatrisé, mais à un processus d'oblitération cicatricielle progressive de la bouche. *Il est important de noter que 4 de ces sténoses sont survenues après des gastros au bouton, une seule après gastro à la suture,* ce qui fait, étant donné la fréquence moindre des gastros au bouton (37 contre 96 à la suture) que la sténose s'est montrée plus de 10 fois plus fréquente après gastro au bouton qu'après gastro à la suture.

Ces deux derniers groupes de faits représentent en quelque sorte de véritables complications survenant après une très longue période d'amélioration ou de guérison apparente. Les sténoses, les ulcères peptiques apparaissent même comme des complications de la gastroentérostomie elle-même. Ces complications sont en somme le point noir du traitement des ulcères duodénaux par la gastroentérostomie; en dehors d'elles, les résultats sont satisfaisants, comme nous l'avons dit, dans 82,6 % des cas. L'on comprend que l'effort actuel dans le traitement de l'ulcère duodénal ait porté sur le moyen de prévenir ces complications qui grèvent d'échecs graves les bons résultats généraux de la gastro.

Pour les sténoses de la bouche de gastro, le problème est relativement simple; elles ne surviennent guère comme nous l'avons vu que dans les gastroentérostomies au bouton, et sont de longue date connues comme étant un des inconvénients de cette méthode. JABOULAY lui-même, avait rapporté 3 cas de sténose de la bouche sur 41 gastro au bouton. Cette question semble donc devoir être résolue par l'abandon de l'anastomose au bouton. Cependant, nous pouvons faire remarquer qu'il semble bien que ce soit grâce à l'emploi du bouton dans les cas difficiles, soit du fait de l'état général du malade, soit du fait des conditions anatomiques, que nous avons pu apporter une statistique étendue d'ulcères duodénaux traité par la gastroentérostomie avec une mortalité minime de

0,7 %. D'autre part, l'agrandissement d'une bouche de gastro s'est montré une opération bénigne et facile, et dont la réalisation s'est accompagnée, dans la majorité des cas, de résultats fonctionnels ultérieurs excellents. Il nous semble donc difficile de condamner absolument la gastro au bouton comme traitement de l'ulcère duodénal. Nous admettons seulement que ses indications doivent être réduites aux cas graves.

Les ulcères peptiques et récidivants restent donc le gros écueil du traitement palliatif de l'ulcère duodénal. On sait combien nombreuses sont les causes qui ont été invoquées pour expliquer cette lésion. L'usage de clamps et le traumatisme opératoire, la persistance d'un matériel de suture non résorbable ont été, à juste titre du reste, incriminés. Ce sont là des techniques que l'on peut facilement abandonner, comme ont été abandonnées la gastroentérostomie antérieure, la gastro en Y, la gastro avec iéuno-iéunostomie, qui favorisaient certainement l'ulcère peptique. Malgré ces précautions, l'ulcère peptique reste fréquent, et de nombreux efforts ont été tentés pour l'éviter. Comme nous le verrons, les tentatives d'exclusions, loin d'améliorer le pronostic, se sont montrées, au contraire, génératrices de troubles, et spécialement d'ulcères peptiques. Les plus grands espoirs ont été mis alors dans le traitement direct des lésions. Ce traitement direct, difficile dans l'ulcère duodénal, a d'abord fait l'objet de tentatives timides, dont l'excision et la thermocautérisation à la Balfour sont les deux principaux représentants. La suppression par ce

traitement direct du foyer infectieux que constitue toujours l'ulcère, permettait d'espérer la disparition de lésions de gastrite que l'on pouvait rendre responsables de nombreux troubles et surtout des ulcères peptiques ou récidivants. Nous rapporterons tout à l'heure notre statistique de Balfour. Mais nos cas sont trop peu nombreux, et suivis d'un trop peu de temps pour que l'on puisse en tirer des conclusions nettes. Il n'existe pas de statistiques étendues sur le résultat des gastroentérostomies complétées par Balfour. Cependant, il ne semble pas, de l'aveu d'un grand nombre de partisans de cette méthode, qu'elle soit suffisante pour mettre à l'abri des ulcères peptiques ou récidivants.

La persistance de l'ulcère entretiendrait pour beaucoup d'auteurs, une hyperacidité totale et chlorhydrique qui favoriserait les récidives. Plus récemment enfin, on a incriminé comme cause de cette hyperacidité, génératrice d'ulcères peptiques ou récidivants, les glandes de la région pylorique, et préconisé la résection du pylore, de l'antrum, et même d'une portion du corps de l'estomac, comme traitement préventif des récidives d'ulcère. C'est au nom de ces principes que l'on a été amené à pratiquer des pyloroduodéno-gastrectomies comme traitement de choix de l'ulcère duodénal. Nous aurons, tout à l'heure, à envisager les résultats de ces tentatives. Faisons remarquer cependant que, d'après les études les plus récentes, la gastrectomie a pour effet presque constant d'abaisser jusqu'à la normale le taux de l'acidité. MOPPERT a récemment conclu, d'études personnelles très détaillées, « que la

gastro, qu'il s'agisse d'ulcères du groupe pylorique, ou d'ulcères de la petite courbure, a pour effet immédiat de diminuer l'acidité totale et chlorhydrique ».

Avant d'envisager le résultat des différentes interventions pratiquées, il est naturel de chercher à se rendre compte si les échecs de la gastroentérostomie ne pourraient pas être imputés aux caractères anatomiques ou cliniques de certains ulcères.

On doit se demander d'abord si le siège de l'ulcère, par rapport au pylore, semble, comme il serait rationnel de le croire, entrer pour quelque chose dans l'imperfection des résultats de la gastroentérostomie. Il est difficile de répondre exactement à cette question, et le dépouillement de nos observations ne semble pas montrer à première vue qu'il y ait une très grosse différence de résultat entre les ulcères plus ou moins éloignés du pylore.

Il est surtout difficile de se faire une opinion précise sur cette question pour les ulcères siégeant sur la 1^{re} portion. Nous avons recherché les ulcères mentionnés comme siégeant soit sur la 2^{me} portion du duodénum, soit à l'union des 1^{re} et 2^{me} portions. Ceux-ci se trouvent dans la proportion de 22 % des cas de bons résultats, tandis qu'ils se trouvent dans 35 % des cas de résultats médiocres ou mauvais, ce qui montre donc, que la gastro, dans les ulcères de la 2^{me} portion, donne de moins bons résultats que dans la 1^{re} portion.

Il nous a semblé plus intéressant encore de chercher si les résultats de la gastro ont été meilleurs dans les cas où l'on a noté, à l'intervention, quelques

signes de sténose surajoutée du pylore, plus ou moins complète, soit qu'il s'agisse de simples vomissements, ou de dilatation plus ou moins marquée de l'estomac, ou même d'un syndrome complet de sténose. Ceci nous a semblé évident en feuilletant nos fiches. En effet, dans les malades guéris, nous en avons trouvé 44 % qui avaient des signes de sténose, tandis que nous n'en avons trouvé que 26 % dans les médiocres et mauvais résultats.

Signalons enfin que nous n'avons trouvé aucun cas de cancérisation secondaire d'ulcère duodénal traité par la gastro. Cette cancérisation, du reste, semble rare au niveau du duodénum. Selon les diverses statistiques, elle serait d'environ 2 % ; ROUX l'estime à 2 % ; LIEBLEIN à 2 % ; PETREN à 3 %, et encore ces chiffres sont-ils sans doute exagérés par le fait qu'ils contiennent aussi des ulcères pyloriques, plus sujets à cancérisation que les ulcères duodénaux. LARJET enfin, rapporte, dans sa thèse, que BAMBERGER n'a pas trouvé la cancérisation plus fréquente après la gastro (11 sur 528) qu'après excision d'ulcère (3 sur 152) et cite lui-même l'observation d'un malade présentant un ulcère calleux de la 1^{re} portion du duodénum, qui, après une duodéno-pyloréctomie, mourut 18 mois plus tard d'un cancer secondaire du foie, que la vérification montra tributaire d'une cancérisation primitive, siégeant au niveau de la portion restante du duodénum.

B. — Résultats des opérations complémentaires de la gastroentérostomie

1. — *Exclusion du pylore*

C'est la plus ancienne des opérations complémentaires, ajoutées à la gastroentérostomie.

Nous en avons trouvé 3 cas, relativement anciens, le dernier datant de 6 ans. Ces 3 cas, nous ont donné, en général, de mauvais résultats ; un seul malade (Obs. n° 145) a accusé une guérison parfaite. L'exclusion avait été faite par ligature du pylore, et on sait combien ce procédé est infidèle.

Les deux autres ont donné des résultats désastreux : l'un d'eux (Obs. n° 146), dont l'exclusion avait été faite par le procédé de section du pylore et fermeture des deux bouts, est mort de perforation 1 an 1/2 après. L'autre (Obs. n° 147), à la suite de son intervention, a présenté successivement, un ulcère peptique de la bouche, un ulcère récidivant de la petite courbure, et un nouvel ulcère peptique de la bouche.

Nous ne voudrions rien conclure sur un aussi petit nombre de cas, s'il n'était pas actuellement établi que cette intervention donne généralement de mauvais résultats.

Entre les mains mêmes d'un de ses premiers partisans, VON EISELSBERG, l'exclusion du pylore a donné 10 ulcères peptiques sur ses 61 dernières exclusions. D'autre part, la généralité des auteurs la condamnent. MOPPERT en a rapporté récemment 7 cas avec 5 mau-

vais résultats : 1 ulcère peptique et 4 hémorragies récidivantes. En outre, des études physiologiques ont montré (SCHMIDT) que l'exclusion du pylore non seulement ne diminue pas, mais augmente considérablement la sécrétion chimique. Nous considérons cette opération comme devant être abandonnée.

2. — *Enfouissement de l'ulcère*

Nous mettrons d'abord à part 3 cas d'enfouissement pour ulcères perforés, qui nous ont donné 2 bons résultats (Obs. n^{os} 149, 150) et 1 échec (Obs. n^o 148), le malade ayant présenté une sténose de la bouche, un an après la gastroentérostomie, et ensuite un ulcère peptique, trois ans après cette sténose.

Dans 3 autres cas, l'enfouissement a été fait en dehors de toute perforation, non pas tant comme l'avait préconisé il y a quelques années MITCHELL (de Belfast) pour traiter l'ulcère lui-même en réalisant, par la saillie de celui-ci dans le duodénum, une occlusion incomplète de sa lumière ; mais comme traitement préventif d'une perforation possible dans des cas où la solidité de la paroi semblait compromise. Ces 3 cas (Obs. n^{os} 151, 152, 153) nous ont donné tous les 3 de bons résultats.

3. — *Excision limitée et Balfour*

Nous n'avons pas trouvé d'observation d'excision limitée d'ulcère du duodénum suivie de suture. Cette intervention semble du reste souvent difficilement

réalisable, à moins de tout petit ulcère, et c'est dans ces cas-là que son utilité se fait le moins sentir. Ces excisions simples ont cependant été pratiquées dans un assez grand nombre de cas par des chirurgiens étrangers (et cela surtout en Amérique), qui les employaient à un moment donné, seules, sans leur adjoindre de gastroentérostomie. Certains auteurs ont pratiqué de simples excisions. D'autres, de véritables duodénectomies segmentaires. NOWAK a publié les résultats de 47 résections duodénales, qui semblent avoir été larges, avec 2 morts. L'ulcère pénétrait 24 fois dans le pancréas, et 17 fois il s'agissait d'ulcères multiples. Dans certains cas, l'ulcère s'accompagnait de sténose duodénale ou même formait une véritable tumeur. SANTY rapporte les tentatives de CLAIRMONT qui a pratiqué 100 fois la résection segmentaire du duodénum, avec une fistule due à la section du canal de Santorini, ayant entraîné la mort; et une autre fois une cytotéatonécrose mortelle. PANNET a rapporté 18 duodénectomies, avec 1 seul cas de mort et de bons résultats fonctionnels.

Ces interventions semblent actuellement abandonnées et remplacées en pratique si l'ulcère est petit et antérieur, par l'excision à laquelle il nous semble préférable d'adjoindre dans tous les cas une gastroentérostomie. Les duodénectomies larges présentent, du reste, des difficultés anatomiques considérables. dues au calibre et à la fixité du duodénum, à la présence des canaux pancréatiques et biliaires. Ces difficultés augmentent progressivement à mesure qu'on s'éloigne de la région pylorique, et c'est pour les

ulcères pour lesquels elle serait le plus indiquée que l'excision est aussi la plus difficile. En France, LECÈNE s'est montré récemment favorable aux excisions limitées, accompagnées de gastroentérostomie, dans les ulcères éloignés du pylore, qui, selon lui, donnent des résultats beaucoup moins bons par la gastro seule. Cette opinion nous semble exacte, et n'est cependant pas établie d'une façon évidente par les documents que nous apportons. Dans notre statistique, cette intervention n'a jamais été pratiquée.

Ces excisions limitées tendent du reste à être supplantées par la thermocautérisation à la Balfour, qui se présente comme plus facile et qui aurait de plus, selon son auteur, l'avantage d'agir sur l'infection microbienne, souvent streptococcique de l'ulcère, et même de détruire électivement les éléments cancéreux s'ils existent. En pratique, la thermocautérisation à la Balfour agit surtout par la destruction de la lésion ulcéreuse.

Il est certain que la destruction de la lésion ulcéreuse, non seulement dans les cas où une hémorragie fournit une indication absolue, mais aussi comme devant prévenir des troubles ultérieurs : douleurs, hémorragies, perforations, hyperacidité, ulcères peptiques ou récidivants, semble un complément très indiqué de la gastroentérostomie. Les auteurs anglosaxons ont insisté sur la fréquence en face de la lésion duodénale, sur la paroi opposée, de l'existence d'un second ulcère, ulcère de contact, ou « *kissing ulcer* ». Le Balfour éviterait cette lésion ou permettrait de la traiter.

Cependant, cette opération n'a été pratiquée d'emblée que dans 8 cas et une fois comme opération complémentaire d'un échec de la gastro. Elle est irréalisable chaque fois que l'ulcère est trop étendu, et il n'est pas encore prouvé que cette opération très incomplète, mette à l'abri de tout accident, et de nombreux cas d'insuccès ont été publiés. 7 de nos malades (Obs. n° 134, 135, 136, 137, 140, 141, 142) ont présenté des résultats excellents. Un autre (Obs. n° 139) a été guéri pendant 4 mois, puis a recommencé de souffrir; réopéré 16 mois après sa première intervention, on a constaté la présence d'une périgastrite intense, avec de nombreux ganglions.

C. — Résultats des duodéno-pyloro-gastrectomies

La résection duodéno-pylorique a été d'abord pratiquée en enlevant l'ulcère et la région pylorique. Cette opération présente toujours des difficultés du fait de la tranche duodénale. D'autre part, le fait bien établi de la rareté des transformations cancéreuses au niveau du duodenum et les bons résultats de la gastroentérostomie lui laissent peu d'indications.

Nous avons déjà dit les raisons théoriques qui, en plus des avantages dus à l'ablation de l'ulcère lui-même, ont cependant poussé à pratiquer les résections duodéno-pyloriques et même les résections larges, gastro-duodéno-pyloriques. Certains chirurgiens avec FINSTERER, ont considéré la résection d'une partie de l'estomac comme utile et même indispensable.

pour faire un traitement complet de l'ulcère duodénal, et éviter autant que possible toute complication ultérieure. FINSTERER cite, à l'appui de son opinion, une statistique de 233 cas de gastrectomies larges pour ulcères duodénaux, où il n'a jamais observé d'ulcère peptique, et estime ces résultats dus à la suppression de l'hyperacidité entretenue par les glandes pyloriques, et des lésions de gastrite à distance, s'étendant jusqu'à ce niveau. Il faut noter que 155 de ses opérés seulement ont été retrouvés, et que d'autre part, l'auteur ne fournit pas sa mortalité opératoire. LORENZ et SCHURR, ont appuyé cette opinion, d'études expérimentales confirmatives. HOHLBAUM, VON HABERER, les ont contredites, mais des études récentes, URRUTIA, SCHMIDT, tendent à prouver le bien-fondé, au point de vue chimique et expérimental, des opinions de FINSTERER, LORENZ et SCHURR et établissent solidement que la diminution de l'acide chlorhydrique, après gastrectomie antrale, est un phénomène constant.

Les auteurs qui ont suivi FINSTERER ont pratiqué pour la plupart des gastropylorectomies larges, terminées par les procédés de Finsterer ou de Polya. Ces gastrectomies étendues peuvent du reste être terminées plus simplement à la manière de notre Maître, le Docteur DELORE, par un Billroth II au bouton, l'anastomose au bouton, après fermeture de la tranche, étant plus facile à pratiquer sur la petite poche gastrique résiduelle qu'une anastomose à la suture. Sur nos 4 cas, l'anastomose au bouton a été employée 3 fois ; dans un cas, la gastrectomie a été pratiquée

en deux temps, le premier ayant été une gastroentérostomie à la suture.

Nous avons tenu à mentionner ces tentatives d'interventions larges pour l'ulcère du duodénum, car elles ont donné lieu à un très grand nombre de travaux étrangers. Nous faisons cependant remarquer que les gastropylorectomies pour ulcère du duodénum des auteurs anglo-saxons semblent le plus souvent avoir été opposées à des ulcères que nous appelions pyloriques. Les ulcus situés en plein bulbe duodénal se prêtent difficilement à ces interventions, du fait du défaut de revêtement péritonéal, à leur partie postérieure. De plus, la présence du cholédoque près de cette région, représente un danger réel, surtout dans les cas d'adhérences étendues. Notre observation n° 157 en est un exemple.

Ces opérations, même théoriquement bien fondées, semblent par trop complexes et difficiles pour être justifiées, étant donné surtout la fréquence relative minime des échecs de la gastro. Il n'est pas prouvé, du reste, que ces opérations mettent complètement à l'abri de l'ulcère peptique. Tout récemment, FRIEDEMANN a publié une statistique de 50 grandes résections gastroduodénales avec 7 récidives. L'auteur estime que dans 6 cas, la résection gastrique aurait été encore trop parcimonieuse ; cependant, dans son 7^{me} cas, la résection avait été très large.

Pour nous, nous rapportons 4 cas de gastropylorectomies Billroth II. Dans un cas (Obs. n° 157) il y a eu section accidentelle du cholédoque au cours de l'intervention, suivie d'abouchement du cholédoque dans

l'estomac. Cette malade est morte chez elle, 2 mois après, sans que l'on sache dans quelles conditions. Deux malades (Obs. n^{os} 154, 155) ont eu des résultats parfaits. Le dernier enfin (Obs. n^o 156) a été bien guéri pendant 1 an 1/2, puis il a été réopéré à cause de vomissements et l'on a constaté une sténose de la bouche de gastro. Il est à noter que dans ce cas, cette sténose est plus imputable au bouton qu'à la gastropyloréctomie. Ce malade est ensuite resté guéri pendant 1 an 1/2.

D.— Résultats généraux

Les différentes opérations pratiquées ont donc donné les résultats suivants :

ULCÈRES DU DUODENUM						
Interventions pratiquées	Total général	Bons résultats	Résultats médiocres	Echecs	Décès opératoires	Malades non suivis
Gastroentérostomie seule....	133	68 73,9 %	8 8,7 %	16 17,4 %	1 0,7 %	40
1° Suture.....	96	50 75,7 %	6 9,2 %	10 15,1 %	0 0 %	30
2° Bouton.....	37	18 69,2 %	2 7,6 %	6 23,2 %	1 2,7 %	10
Gastro + exclusion du pylore...	3	1	0	2	0	0
Gastro + enfouissement.....	6	5	0	1	0	0
Gastro + Balfour.....	11	7	0	1	0	3
Gastropylorectomies.....	4	2	0	1	1	0
TOTAL.....	157	83 74,1 %	8 7,1 %	21 18,8 %	2 1,27 %	43

TABEAU I

Nous faisons de suite remarquer que les chiffres de pourcentages calculés pour les différents résultats, bons, médiocres ou mauvais, l'ont été sur l'ensemble seulement, des malades que nous avons pu suivre ; tandis que la proportion de décès opératoires l'a été naturellement pour la totalité des opérations pratiquées.

Dans l'ensemble, le traitement a donc donné d'emblée :

74,1 % de guérisons.

7,1 % de résultats médiocres.

18,8 % d'échecs.

Mais nous faisons remarquer d'abord que les malades que nous avons classés comme résultats médiocres, avaient cependant très largement bénéficié du traitement, et que, d'autre part, les malades classés dans les échecs ont donné lieu, dans 15 cas, à des réinterventions pour sténose de la gastro, ulcère peptique ou douleurs, et dans 11 cas, un résultat final excellent ; ce qui fait que le traitement ainsi conçu a donné des résultats finaux modifiés de la façon suivante :

84 % de guérisons.

8 % de résultats médiocres.

8 % d'échecs.

Ces résultats sont donc, dans l'ensemble, satisfaisants et permettent de considérer, avec la plupart des auteurs français et un grand nombre d'auteurs étrangers, que l'ulcère duodénal peut être traité, dans la majorité des cas, par une gastroentérostomie simple. Toutes les fois que les conditions anatomiques le permettront, on pourra y adjoindre la thermocautérisa-

tion à la Balfour, qui nous a semblé plus simple que l'excision. Cette méthode présente l'avantage de supprimer l'ulcère. Nous avons vu qu'un certain nombre des échecs de la gastro était évidemment dûs à la persistance, malgré cette intervention, de la lésion ulcéreuse qui semble exister dans beaucoup de cas, malgré la cessation des symptômes.

Mais, d'une part, la persistance des lésions ulcéreuses, après gastro, semble rare, et, d'autre part, la thermocautérisation à la Balfour réalise une ablation incomplète des lésions ulcéreuses et périulcéreuses. Il n'est pas encore prouvé que cette méthode donne des résultats très supérieurs à la simple gastroentérostomie; les documents manquent pour l'affirmer.

La gastropyloréctomie enlève complètement la lésion ulcéreuse et l'antra pylorique, et est ainsi censée parer aux récidives de la maladie ulcéreuse. Nous ne pouvons pas apporter non plus un nombre de faits suffisants pour juger des résultats éloignés de la gastropyloréctomie pour ulcère du duodénum, cette intervention n'ayant été pratiquée que 4 fois par le Docteur DELORE. Il semble difficile de se prononcer actuellement sur la valeur des résultats éloignés de cette intervention. De nombreux auteurs ont rapporté des statistiques étendues portant sur un très grand nombre de cas, avec une mortalité se rapprochant parfois de 3 %, c'est-à-dire très peu supérieure à celle de la gastroentérostomie. Mais il n'est pas prouvé encore que des complications ou des récidives ultérieures ne surviennent pas, et nous ne pouvons considérer que la duodénopylorogastrectomie soit à conseiller.

Elle est du reste généralement d'exécution très difficile dans les ulcères du duodénum vrais, de par le siège de l'ulcère. Certains auteurs, à l'étranger, ont préconisé, dans les cas d'ulcère duodénal inextirpable, de faire, malgré tout, une gastropyloréctomie laissant l'ulcère, suivant la méthode de MADLENER, et qui aurait comme avantage, en réséquant les glandes pyloriques, de mettre à l'abri des récidives. Cette conduite a même été récemment préconisée par OBERTHUR, élève de CUNÉO, dans sa thèse. Ce traitement indirect de l'ulcère duodénal, tout comme celui du reste qui consiste à faire une cholécystogastrostomie pour alcaliniser le contenu gastrique, repose surtout sur des vues théoriques.

Il semble donc que l'on doive rester partisan, dans la plupart des cas, de la simple gastroentérostomie, complétée parfois (ulcères petits, saignants, etc...) par un Balfour, et ne recourir pour l'ulcère duodénal vrai, aux gastropyloréctomies, que dans les cas très rares où, du fait des dispositions anatomiques, l'opération se présente comme facilement réalisable.

Les faits que nous apportons, sont favorables à cette conception éclectique du traitement. Nous sommes persuadés du reste que beaucoup de mauvais résultats imputés à la gastroentérostomie pour ulcère duodénal, répondent à des cas où la présence de l'ulcère n'a pas été nettement constatée et où la gastro n'était pas indiquée. Nous répétons que ce sont, dans ces cas, que la gastroentérostomie donne ses plus mauvais résultats.

Les résultats généraux que nous apportons sem-

blent coïncider avec les résultats donnés dans les différentes statistiques. En tenant compte des différences d'interprétation et de classification des résultats, il apparaît que la gastroentérostomie donne des résultats favorables dans 80 à 90 % des cas. Il est difficile d'établir des comparaisons exactes des cas que nous rapportons, avec les statistiques étrangères. Celles habituellement citées (MOYNIHAN, BALFOUR, KOCHER, etc...) ont trait aussi bien à des ulcères duodénaux qu'à des ulcères pyloriques, et ne peuvent être rapprochées exactement des statistiques où l'ulcère duodénal est individualisé d'une façon toute différente.

CHAPITRE II

Observations d'ulcères du duodénum

§ 1. — *Gastroentérostomies à la suture*

OBS. 1. — (R. 4, p. 50). — Mlle D... Marie, 33 ans. — La malade souffre de douleurs à type net d'ulcus depuis 6 mois. Vomissements. Estomac très dilaté.

22 MAI 1914. — INTERVENTION : On trouve un estomac agrandi, un peu vasculaire. Il y a une cicatrice blanchâtre d'ulcus à la partie moyenne de la petite courbure, empiétant un peu sur la face postérieure. Il y a une autre cicatrice blanche d'ulcère sur le duodénum, près du pylore, paraissant moins ancienne que l'autre. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique, à la suture (3 plans de catgut).

MARS 1927. — La malade va bien; ses digestions sont normales; elle ne souffre plus; elle n'a ni engraisé, ni maigri. Elle n'a eu besoin d'aucun soin depuis son opération.

OBS. 2. — (R. 6, p. 242). — Mme Ber..., 55 ans. — Le début de l'affection remonte à un an et demi. Douleurs sans vomissements. Amaigrissement de 20 kg.

4 SEPTEMBRE 1916. — INTERVENTION : L'estomac est rouge, mais peu épaissi et peu dilaté. On trouve

un tout petit ulcère du duodénum formant une tache étoilée à 2 cm. du pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — La malade va très bien. Elle a repris son poids normal. Les digestions sont normales. Elle n'a jamais resouffert.

OBS. 3 (R. 14, p. 279). — Mme C... Honorine, 40 ans. — Le début de l'affection remonte à 20 ans, et s'est traduit dès le début par des douleurs et des vomissements.

24 MARS 1921. — INTERVENTION : On trouve un estomac un peu grand, très congestionné. Sur le duodénum, à 1 cm. au-dessous du pylore, il y a une cicatrice d'ulcus. Au niveau de l'angle duodéno-jéjunal, ou mieux, sur la quatrième portion du duodénum, on trouve une induration allongée due à un ulcus duodénal. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Excellentes pendant 3 mois; les douleurs et les vomissements ont complètement disparu. La malade recommence à souffrir en juillet, et revient à l'hôpital.

10 NOVEMBRE 1921. — INTERVENTION : Le duodénum est perdu dans les adhérences. On regarde la bouche de gastroentérostomie : elle est normale. Mais sur la petite courbure, au niveau de la partie moyenne, on trouve un petit ulcère; plus haut, un autre ulcère, dur, plus ancien, perforé et bouché par le petit épiploon. On résèque ces ulcères en enlevant une grande partie de la petite courbure; suture transversale à 3 plans.

SUITES : La malade continue toujours à souffrir et se met à vomir.

19 NOVEMBRE 1921. — INTERVENTION : L'estomac est abaissé. On coupe entre deux ligatures l'épiploon qui enserre l'estomac en écharpe. La gastroentérostomie est perméable et normale. Il y a aussi une bride sur l'anse efférente qui est aplatie. On coupe cette bride, et, par mesure de précaution, on fait une gastroentérostomie antérieure précolique au bouton.

SUITES : La malade quitte le service le 12 Décembre en très bon état. Elle ne souffre ni ne vomit plus. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 4. — (R. 15, p 65). — Mme C... Jeanne, 45 ans. — La malade entre à l'hôpital pour une cholécystite calculieuse. On n'a pas de renseignements pour l'histoire de sa maladie.

6 NOVEMBRE 1912. — INTERVENTION : On trouve une grosse vésicule adhérente au foie et au colon. On retire 4 gros calculs de la vésicule que l'on referme.

SUITES : La malade va parfaitement bien jusqu'en 1920. Puis elle commence à souffrir assez fortement au moment de ses digestions, un peu à droite de la ligne médiane. Elle présente une petite éventration au niveau de sa cicatrice.

29 MAI 1920. — Cure de l'éventration. On trouve une vésicule biliaire épaissie et très adhérente. Cholécystectomie de dedans en dehors. On termine l'opération en faisant un petit cloisonnement sous-hépatique.

SUITES : Parfaites pendant 6 mois. Puis la malade recommence à souffrir fortement 3 à 4 heures après les repas et elle revient à l'hôpital.

4 JUILLET 1921. — INTERVENTION : Le foie, le pédicule hépatique, le pancréas et le duodénum sont complètement noyés dans un paquet d'adhérences. On déchire ces adhérences, et on aboutit à une petite perforation du duodénum. Il s'agit d'un ulcère situé à 2 cm. du pylore. On ne juge pas à propos de le réséquer. On fait une gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture. On enfouit l'ulcus après avoir refermé l'orifice duodénal.

MARS 1927. — Résultat excellent. La malade a engraisé de 27 kg depuis son opération. Elle s'est mariée et a eu 8 enfants sans accident. Sa santé est parfaite. Elle n'a jamais rien ressenti du côté de son estomac ni de ses voies biliaires.

OBS. 5. — (R. 16, p. 93). — Mlle D... Hélène, 23 ans. — Le début de l'affection remonte à 5 ans. La malade a eu des crises douloureuses, mais pas de vomissements.

18 NOVEMBRE 1922. — INTERVENTION : Estomac normal. Le pylore est fixé. On trouve une induration due à un ulcère sur la première portion du duodénum. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. La malade a engraisé de 6 kg. Sa santé est parfaite. Elle n'a jamais eu le moindre trouble gastrique depuis son opération.

OBS. 6 — (R. 17, p. 116). — Mme C... Félicie, 39 ans. — L'affection actuelle remonte à 10 ans, et s'est traduite par des douleurs et des vomissements.

19 JANVIER 1924. — INTERVENTION : L'estomac est petit. A 4 ou 5 cm. en dessous du pylore, on trouve une cicatrice d'ulcère indurée. Le duodénum adhère au foie. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : La malade continue à souffrir et à vomir. Cependant, radioscopée, la bouche de gastro fonctionne normalement, et rien ne passe par le pylore.

6 MARS 1924. — INTERVENTION : On ne voit rien à la vésicule. On constate toujours la présence de l'ulcus duodénal, qui, cependant, est moins adhérent. La gastroentérostomie est normale. On referme.

MARS 1927. — La malade continue toujours à souffrir 1 heure avant et 3 heures après les repas, autant qu'avant ses opérations. Elle a des vomissements alimentaires ou bilieux irréguliers.

OBS. 7. — (R. 18, p. 106). — Mme V... Elisa, 25 ans. — La malade souffre depuis 2 ans; ne vomit pas.

13 SEPTEMBRE 1924. — INTERVENTION : L'estomac paraît normal. On trouve une zone enflammée avec un petit ulcère sur la première portion du duodénum. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. La malade a pris 10 kg. Elle ne s'est jamais ressentie de son estomac. Parfait état général.

OBS. 8. — (R. 18, p. 284). — Mme Fau..., 51 ans. — La malade souffre depuis 4 mois. Ne vomit pas.

18 MARS 1925. — INTERVENTION : On trouve un estomac énorme. Sténose sous-pylorique. Duodénum fixé sous le foie, et portant une petite cicatrice d'ulcère. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. La malade a pris 11 kg et travaille facilement. Aucun trouble gastrique depuis son opération. Santé parfaite.

OBS. 9. — (R. 19, p. 249). — Mme G... Marguerite, 23 ans. — La malade a déjà été opérée en Suisse, au mois de décembre 1924, pour un ulcus pylorique. On n'a aucun renseignement sur cette intervention. La sédation des douleurs a été complète pendant 15 jours, puis la malade a recommencé à souffrir.

6 FÉVRIER 1926. — INTERVENTION : L'estomac est fixé à la paroi abdominale antérieure, au niveau de l'antrum pylorique. On trouve un ulcus un peu induré, sur le duodénum, à 2 cm. du pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — La malade a eu un résultat parfait pendant deux mois. Ensuite, elle s'est mise à vomir tous les deux jours, régulièrement, mais sans souffrances. Ces vomissements ont été calmés par un traitement médical. Cependant, elle a engraisé de 4 kg et peut faire son travail assez facilement.

OBS. 10. — (R. 7, p. 72). — M. G... Claudius, 37 ans. — Pas de renseignements antérieurs.

21 AOUT 1916. — INTERVENTION : L'estomac est dilaté, abaissé, épaissi. On trouve sur le duodénum, à 2 cm. du pylore, un ulcus gros comme une pièce de 2 fr., extrêmement adhérent. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite jusqu'en janvier 1923. Ensuite reprise de douleurs d'ulcus.

5 AOUT 1923. — INTERVENTION : On trouve un ulcère peptique de la gastroentérostomie, avec sténose de la bouche. Cet ulcère peptique est presque perforé. Ablation de l'ulcère, et réfection de la gastroentérostomie à la suture.

MARS 1927. — Depuis cette intervention, le malade a été très amélioré. Il se plaint seulement de troubles minimes : aigreurs et ballonnement pendant la digestion. Il n'a ni maigri ni engraisé. Il peut faire son travail.

OBS. 11. — (R. 8, p. 21). — M. C... Joseph, 52 ans. — Pas de renseignements antérieurs.

6 MARS 1917. — INTERVENTION : Sténose provoquée par un ulcus duodénal sous-pylorique. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. Les digestions sont normales. Le malade n'a plus jamais souffert. Il est enchanté de son état, et peut facilement faire un travail pénible malgré son âge.

OBS. 12. — (R. 11, p. 43). — M. B... Clément, 55 ans. — Le malade souffre depuis très longtemps; il ne vomit pas.

29 AVRIL 1914. — INTERVENTION : L'estomac paraît normal. On trouve un ulcère de la première portion du duodénum. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : On apprend que le malade est mort le 2 octobre 1921, de cause inconnue. On sait seulement qu'il a été parfaitement bien pendant 2 ans après l'intervention.

OBS. 13. — (R. 11, p. 285). — M. B... Louis, 46 ans. — Le malade souffre depuis 15 ans. Les vomissements ont apparu depuis 3 ans.

5 JUILLET 1919. — INTERVENTION : On trouve un ulcère de la première portion du duodénum, très

adhérent. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. Le malade est dans un état de santé florissante. Il n'a ni engraisé, ni maigri, et n'a jamais eu le moindre trouble depuis son opération.

OBS. 14. — (R. 13, p. 99). — M. G... Emile, 42 ans. — Le malade souffre depuis 2 ans, et vomit depuis 1 an.

19 AVRIL 1921. — INTERVENTION : On trouve un ulcus de la première portion du duodénum, adhérent. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique, à la suture.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a eu aucun trouble; a engraisé de 3 kg. Il peut faire son travail facilement.

OBS. 15. — (R. 13, p. 260). — M. D... Emmanuel, 41 ans. — Le début de l'affection remonte à un an. Le malade souffre et vomit.

4 NOVEMBRE 1921. — INTERVENTION : On trouve un ulcère du duodénum, situé à 4 cm. du pylore, et adhérent à la vésicule. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. Etat gastrique parfait. Le malade a repris son poids normal, et fait son travail facilement.

OBS. 16. — (R. 13, p. 265). — M. B... Charles, 24 ans. — Le malade souffre depuis 2 ans, mais ne vomit pas.

10 NOVEMBRE 1921. — INTERVENTION : Le pylore est fixé. On trouve un gros ulcère induré de la deuxième portion du duodénum. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Le malade a continué de souffrir encore pendant 6 mois. Puis tout est rentré dans l'ordre, et maintenant il va bien. Il a de temps en temps une digestion un peu pénible, mais jamais de douleurs vraies. Il a repris son poids normal, et fait son travail.

OBS. 17. — (R. 13, p. 268). — M. H... Frédéric, 51 ans. — Le malade souffre de son estomac depuis 20 ans. Il n'a jamais vomi, mais a eu une hématemèse il y a 3 mois.

18 NOVEMBRE 1921. — INTERVENTION : L'estomac paraît normal. On trouve un ulcère situé à l'angle des première et deuxième portions du duodénum, très adhérent. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Les suites immédiates ont été parfaites. Le malade a été guéri pendant 2 ans, sans qu'il ait à suivre le moindre régime. Puis, en 1924, il a eu 2 hématemèses qui l'ont forcé à garder le lit pendant huit jours. Ensuite, de nouveau, état gastrique parfait. Excellent état général du malade. Il a repris son poids normal, et travaille facilement.

OBS. 18. — (R. 13, p. 281). — M. S... Jean, 47 ans. — Le malade souffre de l'estomac depuis 25 ans, mais ne vomit pas.

6 DÉCEMBRE 1921. — INTERVENTION : On trouve un ulcus duodénal sous-pylorique, très adhérent. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a eu aucun trouble. Digestions normales.

OBS. 19. — (R. 14, p. 39). — M. L... Marius, 36 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 7 ans.

24 FÉVRIER 1922. — INTERVENTION : L'estomac paraît normal. On trouve un ulcère de la première portion du duodénum, sous-pylorique. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Le malade a toujours continué à souffrir, mais pas tous les jours, de 4 à 5 heures après les repas. Il surveille son régime de très près et digère quand même mal. Il vomit dès qu'il mange un peu plus qu'à son ordinaire. Il a pris cependant 6 kg, mais ne peut faire que très difficilement un petit travail d'écritures.

OBS. 20. — (R. 14, p. 98). — M. J... Louis, 38 ans. — Le malade a eu une hématomèse brusque et abondante il y a 10 ans. Puis d'autres hématomèses moins abondantes ont suivi à intervalles irréguliers. Le malade n'a jamais souffert ni vomi.

28 AVRIL 1922. — INTERVENTION : L'estomac paraît normal. Sur le duodénum, à 2 cm. du pylore, on trouve un ulcère en voie de cicatrisation. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a jamais eu aucun trouble. Il a repris son poids normal et travaille facilement.

OBS. 21. — (R. 14, p. 186). — M. L... Antoine, 54 ans. — Le malade a toujours souffert de l'estomac. Mais les douleurs se sont accrues depuis 30 ans, et sont accompagnées de vomissements.

25 AOUT 1922. — INTERVENTION : L'estomac est énorme et très épaissi. On trouve un ulcère dur sur la première portion du duodénum, à 4 cm. du pylore. Il est très adhérent. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. Le malade a pris 10 kg; il n'a jamais souffert. Santé parfaite.

OBS. 22. — (R. 14, p. 226). — M. P... Joseph, 40 ans. — Le malade souffre de l'estomac depuis 20 ans, et a des vomissements abondants depuis longtemps.

20 OCTOBRE 1922. — INTERVENTION : On trouve un gros estomac épaissi. Sur le duodénum, à 1 cm. du pylore, ulcère très adhérent. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Le malade est un peu amélioré. Il continue à souffrir et à vomir, mais beaucoup moins qu'avant l'opération.

OBS. 23. — (R. 14, p. 249). — M. D... Jean, 24 ans. — Le malade souffre depuis 4 ans. Il a eu une hémorragie intestinale assez abondante il y a un mois.

18 NOVEMBRE 1922. — INTERVENTION : On trouve un estomac grand. Le pylore est fixé. Ulcère situé à l'union des première et deuxième portions du duodénum. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Parfaites jusqu'au début d'octobre 1923. Puis le malade recommence à souffrir.

20 OCTOBRE 1923. — INTERVENTION : Laparotomie exploratrice. On ne trouve absolument rien d'anormal. On referme le ventre.

SUITES : On apprend la mort du malade, chez lui, en mai 1926, de cause inconnue.

OBS. 24. — (R. 14, p. 258). — M. T... Désiré, 57 ans. — Le malade souffre depuis 10 ans. Les vomissements ont fait leur apparition il y a 2 ans.

29 NOVEMBRE 1922. — INTERVENTION : On trouve un ulcère duodénal sous-pylorique, très fixé. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

18 DÉCEMBRE 1922. — INTERVENTION : On part pour faire un deuxième temps. L'ulcère est bien moins enflammé et en voie de cicatrisation. Comme il est encore très adhérent, on le laisse en place et on referme le ventre.

MARS 1927. — Le malade a été tout à fait bien pendant 2 ans. Puis il a souffert un peu de l'estomac, mais beaucoup moins qu'avant. Traitée médicalement, ces douleurs ont cessé au bout de 15 jours. Il a été parfaitement bien ensuite; il a repris son poids normal, et travaille facilement. Excellent état général.

OBS. 25. — (R. 14, p. 266). — M. D... Régis, 38 ans. — Le malade souffre depuis 14 ans. Il n'a jamais eu de vomissements.

1^{er} DÉCEMBRE 1922. — INTERVENTION : L'estomac paraît normal. On trouve un ulcère de la première portion du duodénum, très adhérent. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a jamais ressouffert de l'estomac. Il a pris 11 kg, travaille facilement. Seule, la cicatrice est un peu douloureuse.

OBS. 26. — (R. 15, p. 231). — M. P... Charles, 45 ans. — Le malade souffre depuis 12 ans. Les douleurs sont accompagnées de vomissements abondants.

14 SEPTEMBRE 1923. — INTERVENTION : On trouve un ulcère duodénal sous-pylorique, ayant formé une cicatrice très sténosante. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Santé parfaite. Il a repris son poids normal et fait son travail facilement.

OBS. 27. — (R. 16, p. 82). — M. G... Louis, 50 ans. — Le malade souffre depuis 5 ans. Ne vomit pas.

24 MARS 1924. — INTERVENTION : On trouve un ulcère duodénal situé à 2 cm. du pylore, non adhérent, ni dur, paraissant presque cicatrisé. L'estomac paraît normal. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Très bonnes pendant un mois, où le malade s'est trouvé très soulagé. Puis, il a recommencé à souffrir.

22 JANVIER 1925. — INTERVENTION : La gastroentérostomie est normale. Mais l'ulcère duodénal est resté en activité. On fait un Balfour. Donc, il s'agit d'un échec de la gastro sur un ulcus duodénal.

JANVIER 1927. — Guérison. Le malade n'a eu aucun trouble gastrique depuis son opération. Il a repris son poids normal. Excellent état général.

OBS. 28. — (R. 16, p. 102). — M. R... Marius, 52 ans. — Le malade souffre depuis 10 ans. Dès le début, les douleurs sont accompagnées de vomissements.

14 AVRIL 1924. — INTERVENTION : Gros ulcère duodénal situé à 2 cm. du pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. Le malade a pris 10 kg, n'a jamais ressenti aucun trouble, et travaille facilement.

OBS. 29. — (R. 16, p. 149). — M. B... Elie, 26 ans. — Le malade a eu des crises douloureuses très fortes depuis 6 mois. Il ne vomit pas.

22 MAI 1924. — INTERVENTION : L'estomac paraît normal. On trouve un ulcère de la première portion du duodénum avec de fortes adhérences sous-hépatiques. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Le malade souffre autant qu'avant l'opération. Son poids et ses forces sont stationnaires. Il peut quand même faire son travail.

OBS. 30. — (R. 16, p. 157). — M. P... Isidore, 55 ans. — Le malade souffre depuis 3 ans. Ne vomit pas.

30 MAI 1924. — INTERVENTION : On trouve un ulcère de la première portion du duodénum, un peu induré. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. Le malade ne souffre plus; ses digestions sont normales. Il a pris 10 kg. Seule la cicatrice est un peu douloureuse.

OBS. 31. — (R. 16, p. 280). — M. K... Charles, 42 ans. — Depuis 7 ans, le malade souffre de l'estomac. Ses douleurs sont calmées par des vomissements.

25 SEPTEMBRE 1924. — INTERVENTION : L'estomac est dilaté, non épaissi. On trouve un ulcère de la première portion du duodénum, qui est sténosé. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Le malade est très satisfait du résultat. C'est à peine si de temps en temps il a quelques borborygmes. Mais il ne souffre absolument plus, et digère tout. Il a pris 8 kg et travaille facilement.

OBS. 32. — (R. 17, p. 31). — M. F... Frédéric, 27 ans. — Le malade souffre depuis 4 ans, mais ne vomit pas.

8 NOVEMBRE 1924. — INTERVENTION : L'estomac paraît normal. On trouve un ulcère sur la première portion du duodénum, dur, très adhérent. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Le malade est amélioré. Il continue à souffrir de temps en temps, mais moins qu'avant. Ces douleurs cèdent assez facilement aux alcalins. Bon état général.

OBS. 33. — (R. 17, p. 78). — M. G... Hyacinthe, 55 ans. — Le malade souffre depuis 1 an, mais ne vomit pas.

10 DÉCEMBRE 1924. — INTERVENTION : L'estomac paraît normal. On trouve un ulcère duodénal induré à l'union des première et deuxième portions. Il y a aussi une cicatrice blanchâtre d'ulcère pylorique. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Le malade est légèrement amélioré. Il conserve des digestions encore très pénibles, mais ne souffre pas réellement comme avant. Il ne vomit pas. Son poids et ses forces sont stationnaires.

OBS. 34. — (R. 17, p. 113). — M. M... Joseph, 48 ans. — Le malade souffre depuis 1 an, mais ne vomit pas.

10 JANVIER 1925. — INTERVENTION : On trouve un ulcus duodénal assez induré. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. Le malade ne souffre plus du tout. Il a pris 18 kg et fait très facilement un travail assez pénible.

OBS. 35. — (R. 17, p. 224). — M. C... Félix, 34 ans. — Le malade souffre de l'estomac depuis 7 ans. Il s'est mis à vomir depuis 1 mois.

10 AVRIL 1925. — INTERVENTION : On trouve un ulcus induré à l'union des première et deuxième portions du duodénum. On fait une gastroentéroanasto-

mose postérieure prémésocolique à la suture, à cause de la brièveté du mésocolon transverse.

MARS 1927. — Guérison. Le malade se plaint que ses digestions sont un peu lentes. Mais, à part cela, il ne ressent aucun autre trouble. Il a engraisé de 18 kg et travaille facilement.

OBS. 36. — (R. 17, p. 251). — M. G... François, 45 ans. — Le malade souffre depuis 10 ans. Ces douleurs sont accompagnées ou terminées par des vomissements.

8 MAI 1925. — INTERVENTION : On trouve un ulcus duodénal qui s'est perforé et a été bouché par le petit épiploon. Gastroentéroanastomose postérieure précolique à la suture.

SUITES : Parfaites jusqu'en Novembre 1925. Ensuite, le malade recommence à souffrir.

4 JANVIER 1926. — INTERVENTION : La gastroentérostomie ne paraît pas ulcérée, mais sténosée. L'ulcère duodénal paraît guéri. On fait une nouvelle gastroentérostomie postérieure précolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. Le malade ne ressent aucun trouble. Il a pris 4 kg. Santé parfaite. Il fait son travail facilement.

OBS. 37. — (R. 18, p. 204). — M. P... Claude, 48 ans. — Le malade souffre depuis 18 ans. Il ne vomit que depuis quelques mois.

25 FÉVRIER 1926. — INTERVENTION : L'estomac est immense et très épaissi. On trouve un ulcère duodénal très adhérent. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Le résultat serait parfait si ce n'était que le malade (restaurateur) est devenu éthylique et qu'il fait de la gastrite. Mais, cependant, après examen, sa lésion gastrique ulcéreuse paraît bien guérie.

OBS. 38. — (R. 18, p. 295). — M. P... Eugène, 32 ans. — Le malade souffre de l'estomac depuis 5 ans. Il a des vomissements depuis 1 an.

29 AVRIL 1926. — INTERVENTION : L'estomac est énorme et très épaissi. On trouve un ulcère calleux et très sténosant du duodénum à 2 cm. du pylore. Par suite de la brièveté du mésocolon, on fait une gastro-entérostomie postérieure précolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a pris 15 kg et travaille facilement.

OBS. 39. — (R. 19, p. 1). — M. G... Joannès, 35 ans. — Le malade souffre depuis 4 ans. Il ne vomit pas.

6 MAI 1926. — INTERVENTION : On trouve un ulcère calleux de la première portion du duodénum, très adhérent. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Les suites ont été parfaites pendant 3 mois. Ensuite, le malade a commencé d'avoir des vomissements glaireux, 3 h. après le repas, mais de temps en temps seulement. Il ne souffre plus. Excellent état général. Il a pris 6 kg et travaille facilement.

OBS. 40. — (R. 19, p. 21). — M. D... Louis, 29 ans. — Le malade souffre depuis 2 ans, mais ne vomit pas.

27 MAI 1926. — INTERVENTION : L'estomac paraît normal. On trouve un ulcère de la première portion du duodénum. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. Le malade a pris 2 kg, ne souffre plus. Très bon état général.

OBS. 41. — (R. 19, p. 36). — M. B... Philippe, 53 ans. — Le malade souffre depuis 6 ans, mais ne vomit pas.

5 JUIN 1926. — INTERVENTION : L'estomac est grand et épaissi. On trouve un ulcère duodénal très fixé. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. Le malade a pris 6 kg; ne présente aucun trouble, travaille facilement.

OBS. 42. — (R. 19, p. 66). — M. P... Louis, 39 ans. — Le malade souffre depuis 10 ans. Il a quelques rares vomissements.

3 JUILLET 1926. — INTERVENTION : On trouve un ulcère de la première portion du duodénum, situé à 1 cm. du pylore, très adhérent. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. Le malade ne souffre absolument plus; à condition de suivre un régime, les digestions sont normales. Il a repris son poids normal et travaille facilement.

OBS. 43. — (R. 19, p. 275). — M. V... Eugène, 57 ans. — Le malade souffre de l'estomac depuis 4 ans. Il a eu une hématemèse il y a 3 ans. Pas de vomissements alimentaires.

7 JANVIER 1927. — INTERVENTION : On trouve un ulcus de la première portion du duodénum, rétracté et adhérent, perforé et bouché par le petit épiploon. A cause de la brièveté du mésocolon, on fait une gastroentérostomie postérieure précolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. Le malade a pris 12 kg, ne présente aucun trouble, et fait facilement un travail pénible.

OBS. 44. — (Clientèle). — H., 36 ans.

28 JUIN 1910. — INTERVENTION : Ulcère calleux de la deuxième portion du duodénum. Malade très cachectique. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1924.

OBS. 45. — (Clientèle). — F., 35 ans.

17 AVRIL 1913. — INTERVENTION : Ulcère du duodénum avec sténose. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927.

OBS. 46. — (Clientèle). — H., 58 ans.

23 MAI 1913. — INTERVENTION : Ulcère de la deuxième portion du duodénum. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite au point de vue gastrique. Mort en 1917 d'hémorragie cérébrale.

OBS. 47. — (Clientèle). — H., 57 ans.

25 JUIN 1914. — INTERVENTION : On trouve un double ulcère prépylorique et duodénal. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927.

OBS. 48. — (Clientèle). — F., 35 ans.

5 SEPTEMBRE 1916. — INTERVENTION : Ulcère de la deuxième portion du duodénum. Hémorragies. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1926.

OBS. 49. — (Clientèle). — H., 56 ans.

9 DÉCEMBRE 1916. — INTERVENTION : Estomac dilaté et épaissi. Ulcères multiples du duodénum avec sténose. Gastroentérostomie antérieure précolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1920.

OBS. 50. — (Clientèle). — H., 60 ans.

19 MAI 1917. — INTERVENTION : Ulcus du duodénum avec périgastrite et adhérences nombreuses. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1924.

OBS. 51. — (Clientèle). — H., 40 ans.

19 JUILLET 1917. — INTERVENTION : Ulcère du duodénum sous-pylorique avec sténose. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927.

OBS. 52. — (Clientèle). — H., 40 ans.

18 AVRIL 1921. — INTERVENTION : Ulcère du duodénum situé à 4 cm. du pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1924.

OBS. 53. — (Clientèle). — F., 31 ans.

2 MAI 1921. — INTERVENTION : Ulcère sur le versant duodénal du pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1924.

OBS. 54. — (Clientèle). — H., 41 ans.

22 JUIN 1921. — INTERVENTION : Ulcère calleux du duodénum avec sténose. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1924.

OBS. 55. — (Clientèle). — H., 30 ans.

5 SEPTEMBRE 1921. — INTERVENTION : Ulcus de la deuxième portion du duodénum. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1924.

OBS. 56. — (Clientèle). — H., 48 ans.

2 MARS 1922. — INTERVENTION : Ulcère de la deuxième portion du duodénum, avec hémorragies. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1926.

OBS. 57. — (Clientèle) — H., 40 ans.

8 AVRIL 1922. — INTERVENTION : Ulcère duodénal avec vomissements. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927 après un melæna en 1926.

OBS. 58. — (Clientèle). — H., 42 ans.

10 MAI 1922. — INTERVENTION : On trouve des ulcères multiples du duodénum. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Dès après l'opération, le malade a des vomissements incoercibles.

24 MAI 1922. — INTERVENTION : La bouche de gastroentérostomie est indurée et est le siège d'un ulcère peptique. Excision de l'ulcère. On fait une gastroentérostomie antérieure précolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927.

OBS. 59. — (Clientèle). — F., 40 ans.

26 AOUT 1922. — INTERVENTION : Ulcère duodénal avec sténose. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1924.

OBS. 60. — (Clientèle). — H., 26 ans.

1^{er} SEPTEMBRE 1922. — INTERVENTION : Ulcère de la deuxième portion du duodénum. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1924.

OBS. 61. — (Clientèle). — F., 20 ans.

31 OCTOBRE 1923. — INTERVENTION : Ulcère duodénal. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : La malade a toujours continué à souffrir.

OBS. 62. — (Clientèle). — F., 42 ans.

6 NOVEMBRE 1923. — INTERVENTION : Ulcère duodénal. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : La malade a toujours continué à souffrir.

OBS. 63. — (Clientèle). — F., 45 ans.

22 JANVIER 1924. — INTERVENTION : Ulcère du duodénum avec melæna. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1926.

OBS. 64. — (Clientèle). — H., 38 ans.

29 MAI 1924. — INTERVENTION : Ulcère de la première portion du duodénum. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927.

OBS. 65. — (Clientèle). — H., 58 ans.

18 JUILLET 1924. — INTERVENTION : Ulcère du duodénum avec rétention incomplète. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927.

OBS. 66. — (Clientèle). — F., 64 ans.

25 MAI 1926. — INTERVENTION : Ulcère de la deuxième portion du duodénum. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927.

OBS. 67. — (R. 2, p. 491). — Mme B... Marie, 60 ans. — La malade souffre depuis 6 ans. Ses douleurs sont calmées par des vomissements.

12 JUIN 1913. — INTERVENTION : L'estomac n'est ni dilaté, ni épaissi. Sur la première portion du duodénum, à 1 cm. du pylore, cicatrice vasculaire indurée, correspondant probablement à un ulcère en activité. A cause de la brièveté du mésocôlon, gastroentérostomie antérieure précolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 68. — (R. 7, p. 209). — Mlle R... Joséphine, 26 ans. — La malade a déjà été opérée à Dublin (Irlande), il y a 3 ans pour son estomac. On aurait enlevé un ulcère de la petite courbure ? La malade vient à l'hôpital pour des vomissements et une hématemèse.

2 JANVIER 1917. — INTERVENTION : L'estomac est entouré d'adhérences. On trouve un ulcère cicatrisé de la première portion du duodénum. L'estomac est épaissi mais peu dilaté. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 69. — (R. 13, p. 52). — Mme R... Marie, 53 ans. — Pas de renseignements antérieurs.

26 MARS 1919. — INTERVENTION : On trouve une petite cicatrice nette d'ulcère, sur le duodénum, près du pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 70. — (R. 15, p. 213). — Mlle J... Marie, 27 ans. — La malade souffre de l'estomac depuis 8 ans. Elle entre à l'hôpital pour une hématomérose.

27 JANVIER 1922. — INTERVENTION : On trouve sur la face postérieure du duodénum, un ulcère induré situé à 5 cm. du pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 71. (R. 17, p. 120). — Mlle P... Claudia, 47 ans. — La malade souffre depuis 10 ans; ne vomit pas.

24 JANVIER 1924. — INTERVENTION : On trouve un ulcère situé à l'angle des première et deuxième portions du duodénum, très adhérent au foie. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. On apprend que la malade est décédée le 29 avril 1924, on ne sait pour quelle cause.

OBS. 72. — (R. 20, p. 206). — Mme A... Clotilde, 27 ans. — La malade souffre depuis 7 ans. Ses douleurs sont calmées par des vomissements.

10 NOVEMBRE 1926. — INTERVENTION : On trouve un ulcère duodénal sous-pylorique. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 73. — (R. 2, p. 185). — M. G... Joseph, 58 ans. — Le malade a des vomissements alimentaires depuis très longtemps, sans avoir de douleurs.

22 NOVEMBRE 1912. — INTERVENTION : On trouve un petit ulcère induré du duodénum à 3 cm. du pylore. L'estomac est très épaissi mais peu dilaté. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 74. — (R. 2, p. 329). — M. B... Jules, 60 ans. — Le malade souffre depuis 20 ans; ne vomit pas.

29 JANVIER 1913. — INTERVENTION : On trouve un ulcère calleux de la deuxième portion du duodénum, très adhérent. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 75. — (R. 7, p. 121). — M. R... Jean, 47 ans. Pas de renseignements antérieurs.

25 OCTOBRE 1916. — INTERVENTION : Ulcères multiples du duodénum. Le premier est sur la première portion, près du pylore; c'est le plus apparent, gros comme une pièce de 1 fr. Le second est au niveau de l'angle duodéno-jéjunal. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 76. — (R. 10, p. 113). — M. T... Joseph, 59 ans. — Pas de renseignements antérieurs.

30 NOVEMBRE 1918. — INTERVENTION : On trouve un ulcère de la première portion du duodénum, près du pylore, ayant formé une sténose très serrée à ce niveau. Le duodénum est très adhérent, et l'excision impossible. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 77. — (R. 11, p. 21). — M. S... Casimir, 57 ans. — Le malade souffre depuis 30 ans. Ses douleurs sont accompagnées de vomissements. Il entre à l'hôpital pour une hématemèse.

15 AVRIL 1914. — INTERVENTION : L'estomac est énorme. On trouve un ulcère du duodénum adhérent au foie. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 78. — (R. 11, p. 49). — M. C.. Antoine, 69 ans. — Le malade entre à l'hôpital parce qu'il a tenté de se suicider en se tirant deux balles de revolver dans la tempe droite. Ceci à cause de douleurs gastriques intolérables, datant de longtemps. Dès que le malade est un peu remis on l'opère.

6 MAI 1914. — INTERVENTION : On trouve un ulcère de la première portion du duodénum, très sténosant. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 79. — (R. 11, p. 68). — M. J... Anselme, 59 ans. — Le malade vient pour une intolérance gastrique absolue. Le début de l'affection remonte à 2 ans.

18 MAI 1914. — INTERVENTION : On trouve un petit ulcère de la première portion du duodénum, très adhérent. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 80. — (R. 11, p. 80). — M. B... Etienne, 31 ans. — Le malade entre pour une perforation d'ulcère.

18 MAI 1914. — INTERVENTION. — Le malade est opéré d'urgence pour une perforation d'ulcère du duodénum. On suture la perforation. On ne fait pas de gastroentérostomie.

20 MAI 1914. — INTERVENTION : Le malade présentant des phénomènes d'occlusion intestinale, on fait d'urgence un anus sur l'anse sigmoïde.

22 MAI 1914. — INTERVENTION : On trouve de nombreuses adhérences réunissant le duodénum, le pylore, et la paroi abdominale antérieure. L'estomac est très petit. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture. On ferme l'anus sigmoïde.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 81. — (R. 14, p. 14). — M. R... Henry, 39 ans. — Le malade souffre depuis 4 ans; ne vomit pas.

17 JANVIER 1922. — INTERVENTION : On trouve un ulcus duodénal juxtapylorique, presque cicatrisé. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 82. — (R. 15, p. 54). — M. M... François, 25 ans. — Le malade souffre depuis 1 an; ne vomit pas.

8 MARS 1923. — INTERVENTION : On trouve un ulcère de la première portion du duodénum, situé à 4 cm. du pylore, très fixé. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 83. — (R. 15, p. 252). — M. M... Jules, 27 ans — Le malade souffre depuis 7 ans; ne vomit pas.

11 OCTOBRE 1923. — INTERVENTION : Le duodénum est adhérent. On trouve une cicatrice d'ulcère sur la première portion. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 84. — (R. 17, p. 87). — M. Leh..., 61 ans. — Le malade souffre depuis 17 ans; ne vomit pas.

17 DÉCEMBRE 1924. — INTERVENTION : L'estomac est très grand. On trouve un ulcère du duodénum, situé à 2 cm. du pylore, adhérent au pancréas. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 85. — (R. 17, p. 154). — M. A... Jean, 41 ans. — Le malade souffre depuis 1 an; ne vomit pas.

11 FÉVRIER 1925. — INTERVENTION : On trouve un ulcère en activité de la première portion du duodénum, très adhérent et très enflammé. A cause de la brièveté du mésocôlon, on fait une gastroentérostomie postérieure précolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 86. — (R. 18, p. 1). — M. V... Jules, 28 ans. Il y a 10 ans que le malade a commencé à souffrir et à vomir.

25 JUIN 1925. — INTERVENTION. — L'estomac est épaissi et dilaté. On trouve un ulcère très sténosant du duodénum, à 2 cm. du pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 87. — (R. 18, p. 100). — M. P... Alexis, 35 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 1 an.

1^{er} DÉCEMBRE 1925. — INTERVENTION : L'estomac paraît normal. Le duodénum est fixé; on y trouve un petit ulcère vers le pylore. Il y a de nombreux ganglions mésentériques. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 88. — (Clientèle). — H., 60 ans.

22 NOVEMBRE 1912. — INTERVENTION : Ulcère sténosant du duodénum. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 89. — (Clientèle). — H., 45 ans.

31 JANVIER 1913. — INTERVENTION : Ulcère calleux de la deuxième portion du duodénum. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 90. — (Clientèle). — H., 46 ans.

2 AVRIL 1913. — INTERVENTION : Ulcère du duodénum avec sténose. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 91. — (Clientèle). — F., 62 ans.

12 JUIN 1913. — INTERVENTION : Ulcère calleux du duodénum. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 92. — (Clientèle). — H., 55 ans.

29 AVRIL 1914. — INTERVENTION : Ulcère duodénal. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 93. (Clientèle). — H. 63 ans.

18 MAI 1914. — INTERVENTION : Ulcère du duodénum avec sténose. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 94. — (Clientèle). — H., 30 ans.

22 JUIN 1914. — INTERVENTION : Ulcère du duodénum. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 95. — (Clientèle). — H., 57 ans.

6 JUILLET 1914. — INTERVENTION : Ulcus du duodénum situé près du pylore, avec sténose. Gastroentéroanastomose postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 96. — (Clientèle). — H., 56 ans.

4 MAI 1926. — INTERVENTION : Double ulcère de la première portion du duodénum. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

§ 2. — *Gastroentérostomies au bouton*

OBS. 97. — (R. 6, p. 80). — Mme D... Jeanne, 61 ans. — Pas de renseignements antérieurs.

9 JUIN 1916. — INTERVENTION : On trouve un ulcère du duodénum, dans sa deuxième portion. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Décès de la malade 7 jours après; de cause non notée.

OBS. 98. — (R. 17, p. 250). — Mme C... Joséphine, 51 ans. — La malade souffre de l'estomac depuis 5 ans, et a eu de nombreuses hématemèses.

20 MAI 1924. — INTERVENTION : On trouve une cicatrice d'ulcère sur la première portion du duodénum, qui adhère fortement au foie. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : La malade est nettement améliorée pendant 2 mois. Puis les douleurs reprennent.

19 JANVIER 1925. — INTERVENTION : On sent une induration due à un ulcus de la petite courbure, haut situé. Résection cunéiforme de cet ulcère, suivie d'une suture longitudinale. On élargit par le procédé ordinaire, la bouche de gastroentérostomie qui est sténosée.

MARS 1927. — Guérison. La malade a pris 8 kg, travaille facilement. Elle n'a plus rien ressenti du côté de son estomac. Digestions normales. Etat général excellent.

OBS. 99. — (R. 20, p. 36). — Mlle T... Madeleine, 17 ans. — La malade souffre depuis 2 ans; ne vomit pas.

27 AVRIL 1926. — INTERVENTION : L'estomac est épaissi. On trouve un ulcère duodénal sous-pylorique. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

MARS 1927. — Guérison. La malade n'a plus aucun trouble et digère parfaitement. Elle a pris 5 kg. Parfait état général.

OBS. 100. — (R. 11, p. 327). — M. B... Célestin, 32 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 6 mois.

19 SEPTEMBRE 1919. — INTERVENTION : On trouve un ulcère de la première portion du duodénum, très adhérent au pancréas. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Parfaites pendant 2 mois. Puis le malade souffre et vomit à nouveau.

6 DÉCEMBRE 1919. — INTERVENTION : L'ulcère a bien diminué. Mais l'orifice de la gastro est presque bouché. On l'agrandit à la suture.

SUITES : On apprend le décès du malade survenu en décembre 1922, de cause inconnue. D'après la famille, le malade était bien guéri de son ulcère et ne souffrait plus.

OBS. 101. — (R. 12, p. 205). — M. T..., Philippe, 34 ans. — Le malade souffre depuis 15 ans, ne vomit pas.

23 AOUT 1920. — INTERVENTION : L'estomac est rétracté. Sur la face antérieure du duodénum, à 1 cm. au-dessous du pylore, on trouve un tout petit ulcère. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Absolument parfaites au point de vue gastrique. Mais le malade a une crise de coliques appendiculaires et revient à l'hôpital.

20 FÉVRIER 1923. — INTERVENTION : Appendicectomie. L'estomac va très bien.

MARS 1927. — Le malade accuse de temps en temps un peu de pesanteur gastrique, mais ne souffre plus. Il digère bien, a repris son poids normal et travaille facilement.

OBS. 102. — (R. 13, p. 98). — M. C... Joseph, 52 ans. — Le malade souffre depuis 2 mois. Il a eu une hématemèse il y a 15 jours.

22 AVRIL 1921. — INTERVENTION : L'estomac est très pâle. Sur la première portion du duodénum, on trouve du tissu cicatriciel induré, formant une sténose et dû à un vieil ulcus. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : On revoit le malade le 6 septembre 1921. Il va parfaitement bien et n'a aucun trouble. Il a pris 23 kg. Puis il a continué d'aller de mieux en mieux, mais est mort en avril 1923 d'une pneumonie.

OBS. 103. — (R. 15, p. 260). — M. C... Giuseppe, 57 ans. — Le malade souffre depuis 10 ans; ses douleurs sont accompagnées de vomissements. Il se présente avec des signes manifestes de sténose.

24 OCTOBRE 1923. — INTERVENTION : On trouve un ulcère adhérent situé sur la deuxième portion du duodénum. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

9 NOVEMBRE 1923. — INTERVENTION : On veut faire un deuxième temps, mais l'ulcère a complètement disparu. Le mésocôlon s'est complètement rétracté et provoque une sténose de la bouche de gastro que l'on ne peut élargir. On fait une nouvelle gastroentérostomie antérieure précolique à la suture, à 20 cm. de la première sur le grêle.

MARS 1927. — Guérison. Le malade ne présente aucun trouble et digère normalement. Il a pris 7 kg et travaille facilement.

OBS. 104. — (R. 16, p. 37). — M. C... Jean, 45 ans. — Le malade souffre depuis 6 mois mais ne vomit pas.

2 FÉVRIER 1924. — INTERVENTION : On trouve un petit ulcère induré au niveau de l'angle des première et deuxième portions du duodénum. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

MARS 1927. — Guérison. Le malade ne présente aucun trouble et a repris son poids normal.

OBS. 105. — (R. 17, p. 41). — M. D... Claude, 46 ans. — Le malade souffre depuis 10 ans et vomit depuis 4 ans.

15 NOVEMBRE 1924. — INTERVENTION : On trouve un ulcère dur et adhérent à l'union des première et deuxième portions du duodénum. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Parfaites jusqu'au 1^{er} septembre 1926. Puis apparition de crises douloureuses.

11 SEPTEMBRE 1926. — INTERVENTION : L'estomac est très grand. On trouve la bouche de gastro sténosée. On l'agrandit à la suture par le procédé habituel.

MARS 1927. — Le malade ne souffre presque plus. Il ne vomit pas. Il présente seulement quelques troubles dyspeptiques et du ballonnement. Son état général est bon. Eventration légèrement douloureuse.

OBS. 106. — (R. 17, p. 203). — M. C... Pierre, 55 ans. — Le malade souffre depuis 6 ans; ne vomit pas.

23 MARS 1925. — INTERVENTION : On trouve un ulcère de la première portion du duodénum, très fixé. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

MARS 1927. — Guérison. Le malade ne présente aucun trouble. Il a pris 20 kg et travaille facilement.

OBS. 107. — (R. 17, p. 300). — M. S... Antonin, 60 ans. — Le malade souffre de l'estomac depuis 15 ans et a commencé à vomir depuis 1 an.

19 JUIN 1925. — INTERVENTION : L'estomac est très dilaté; le pylore est fixé. On trouve un ulcère duodénal que l'on ne peut extérioriser. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Le malade est décédé chez lui, trois semaines après l'intervention, après avoir eu de nombreuses et fortes hématomésés.

OBS. 108. — (R. 18, p. 80). — M. F... Alphonse, 51 ans. — Le malade souffre depuis 5 ans. Il n'a que quelques rares vomissements.

7 NOVEMBRE 1925. — INTERVENTION : On trouve un ulcère du duodénum situé à 2 cm. du pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

MARS 1927. — Guérison. Le malade ne présente aucun trouble et ses digestions sont normales. Il a pris 11 kg et fait facilement son travail.

OBS. 109. — (R. 18, p. 109). — M. G... Henri, 31 ans. — Le malade souffre depuis 6 ans, mais ne vomit pas.

9 DÉCEMBRE 1925. — INTERVENTION : L'estomac est normal. Sur la deuxième portion du duodénum, on trouve un ulcère en activité. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

MARS 1927. — Le malade continue à se plaindre de troubles dyspeptiques, lourdeurs et ballonnements après les repas. Mais son appétit et ses forces sont conservés.

OBS. 110. — (R. 18, p. 154). — M. G... Léon, 42 ans. — Le malade souffre depuis 2 ans, mais ne vomit pas.

21 JANVIER 1926. — INTERVENTION : L'estomac est petit, mais sans ulcère. On trouve un ulcère calleux à l'union des première et deuxième portions du duodénum. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Le malade n'a pas été amélioré et continue à souffrir.

27 JANVIER 1927. — INTERVENTION : L'ulcère est toujours en activité, mais il est impossible de l'aborder. La bouche de gastro est sténosée. On l'agrandit à la suture par le procédé ordinaire.

MARS 1927. — Depuis son opération, le malade va très bien. Il ne souffre absolument plus et digère parfaitement.

OBS. 111. — (R. 18, p. 269). — M. T... Paul, 51 ans. — Le malade souffre depuis 20 ans, mais ne vomit pas.

12 AVRIL 1926. — INTERVENTION : On trouve un gros ulcère de la première portion du duodénum, avec plusieurs autres plus petits des première et troisième portions. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

MARS 1927. — Le malade continue à avoir des digestions difficiles, et à souffrir, surtout le matin à jeun. Son état général est bon; il ne vomit pas.

OBS. 112. — (R. 18, p. 263). — M. D... Henri, 62 ans. — Le malade souffre de l'estomac depuis 1 an; les vomissements ont débuté il y a 1 mois.

2 AVRIL 1926. — INTERVENTION : L'estomac est épaissi et dilaté. On trouve un ulcère adhérent à l'union des première et deuxième portions duodéna-

les. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il digère parfaitement. Il a pris 10 kg et travaille facilement.

OBS. 113. — (R. 19, p. 22). — M. A... Pierre, 43 ans. — Le malade souffre depuis 15 ans; il ne vomit pas.

28 MAI 1926. — INTERVENTION : L'estomac est épaissi. On trouve un ulcère adhérent sur la première portion du duodénum. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Absolument parfaites pendant 6 mois ; puis reprise des douleurs.

10 JANVIER 1927. — INTERVENTION : On ne trouve absolument rien d'anormal. On referme.

MARS 1927. — Le malade ne souffre plus depuis la deuxième intervention.

OBS. 114. — (R. 19, p. 26). — M. A... Philibert, 30 ans. — Le malade souffre depuis 8 ans. Les vomissements sont apparus depuis 2 ans.

27 MAI 1926. — INTERVENTION : On trouve un ulcère de la première portion du duodénum. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

MARS 1927. — Guérison. Le malade ne présente aucun trouble. Il a repris son poids normal et travaille facilement.

OBS. 115. — (Clientèle). — F., 26 ans.

13 AOUT 1902. — INTERVENTION : Sténose pylorique par ulcère duodénal. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1906.

OBS. 116. — (Clientèle). — H., 58 ans.

30 OCTOBRE 1916. — INTERVENTION : Ulcère du duodénum avec péri-duodénite. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927.

OBS. 117. — (Clientèle). — F., 35 ans.

3 NOVEMBRE 1917. — INTERVENTION : Ulcère duodénal. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1924.

OBS. 118. — (Clientèle). — H., 50 ans.

20 JUIN 1918. — INTERVENTION : Ulcère du duodénum, accompagné d'hématémèses. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927.

OBS. 119. — (Clientèle). — H., 79 ans.

20 FÉVRIER 1919. — INTERVENTION : Sténose provoquée par un ulcère cicatriciel du duodénum situé près du pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927.

OBS. 120. — (Clientèle). — F., 30 ans.

21 MAI 1921. — INTERVENTION : Ulcère de la deuxième portion du duodénum. Cachexie avancée. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1924.

OBS. 121. — (Clientèle). — H., 45 ans.

20 SEPTEMBRE 1922. — INTERVENTION : Ulcères multiples de l'estomac et du duodénum. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Parfaites pendant 2 mois. Puis reprise des douleurs.

14 FÉVRIER 1923. — INTERVENTION : On trouve une sténose complète de la bouche de gastro. On fait une gastroentérostomie antérieure précolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 122. — (Clientèle). — H., 40 ans.

7 MARS 1925. — INTERVENTION : Ulcère de la première portion du duodénum. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927.

OBS. 123. — (Clientèle). — F., 46 ans.

5 FÉVRIER 1926. — INTERVENTION : Ulcère de la deuxième portion du duodénum s'étant accompagné d'une hémorragie grave. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en mars 1927.

OBS. 124. — (R. 18, p. 92). — Mlle R.... Marie, 37 ans. — La malade souffre depuis 17 ans; elle ne vomit pas.

9 SEPTEMBRE 1924. — INTERVENTION : On trouve un ulcère duodénal sous pylorique. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 125. — (R. 19, p. 35). — Mlle C... Marie, 40 ans. — La malade souffre depuis 20 ans; elle ne vomit pas.

16 MAI 1925. — INTERVENTION : Le duodénum a un aspect cicatriciel à l'union de ses première et deuxième portions. On trouve des ulcères multiples du duodénum avec réaction inflammatoire assez forte. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 126. — (R. 2, p. 341). — M. B... Joseph, 50 ans. — Le début de l'affection remonte à 20 ans. Le malade ne souffre presque pas, mais a des vomissements fréquents. Amaigrissement considérable.

4 FÉVRIER 1913. — INTERVENTION : L'estomac est petit et rétracté. On trouve une petite cicatrice d'ul-

cère duodénal. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 127. — (R. 7, p. 102). — M. T... Victor, 61 ans. — Pas de renseignements antérieurs.

3 OCTOBRE 1916. — INTERVENTION : On trouve un ulcère induré gros comme une pièce de 1 fr., sur la première portion du duodénum, près du pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 128. — (R. 11, p. 284). — M. G... Marcel, 25 ans. — Le malade souffre depuis 5 ans. Depuis 6 mois, il a des vomissements fréquents.

5 JUILLET 1919. — INTERVENTION : On trouve un ulcère de la première portion du duodénum. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 129. — (R. 13, p. 14). — M. R... Joseph, 24 ans. — Le malade souffre depuis 6 mois. Il entre à l'hôpital pour un syndrome de perforation datant de 24 h.

24 DÉCEMBRE 1920. — INTERVENTION : On trouve beaucoup de liquide gastrique sous le foie. Il s'agit d'une perforation d'ulcère duodénal. On cautérise l'ulcère et on le referme en amenant au-dessus les tissus voisins. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 130. — (R. 15, p. 88). — M. B... François, 61 ans. — Le malade souffre depuis 4 ans. Il ne vomit pas.

11 AVRIL 1923. — INTERVENTION : L'estomac est normal. On trouve une cicatrice d'ulcère sur le duodénum. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 131. — (R. 18, p. 143). — M. C... Henri, 44 ans. — Le malade souffre depuis 10 ans. Il a des vomissements fréquents depuis 4 mois.

13 JANVIER 1926. — INTERVENTION : L'estomac est grand et épaissi. On trouve un ulcère calleux et sténosant sur la première portion du duodénum. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 132. — (R. 18, p. 197). — M. N... Jean, 28 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 6 mois.

20 FÉVRIER 1926. — INTERVENTION : On trouve un petit ulcère du duodénum. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 133. — (Clientèle). — H., 60 ans.

18 AOÛT 1921. — INTERVENTION : Ulcères multiples du duodénum. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

§ 3. — *Balfour et gastroentérostomies à la suture*

OBS. 134. — (R. 19, p. 46). — M. E... Aimé, 39 ans. — Le malade souffre depuis 5 ans; il ne vomit pas.

16 JUIN 1926. — INTERVENTION : On trouve un ulcère calleux de la première portion du duodénum. Balfour et gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'accuse aucun trouble. Digestion normale. Il a pris 4 kg. et travaille facilement.

OBS. 135. — (Clientèle). — H..., 68 ans.

18 OCTOBRE 1923. — INTERVENTION : Ulcère duodénal sténosant. Balfour et gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927.

OBS. 136. — (Clientèle). — F..., 35 ans.

23 AVRIL 1924. — INTERVENTION : Ulcère de la première portion du duodénum. Balfour et gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927.

OBS. 137. — (Clientèle). — H..., 35 ans.

16 SEPTEMBRE 1924. — INTERVENTION : Ulcère duodénal avec hémorragies. Balfour et gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en Décembre 1926.

OBS. 138. — (R. 19, p. 230). — M. L... Alfred, 22 ans. — Le malade souffre depuis 3 ans et vomit quelquefois.

6 DÉCEMBRE 1926. — INTERVENTION : On trouve un ulcère sous-pylorique situé sur la face antérieure du duodénum qui est fixé. Balfour et gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

§ 4. — *Balfour et gastroentérostomies au bouton*

OBS. 139. — (R. 18, p. 49). — M. R... Joseph, 59 ans. — Le malade souffre depuis 15 mois; il ne vomit pas.

10 SEPTEMBRE 1925. — INTERVENTION : On trouve un ulcère de la première portion du duodénum, adhérent. Balfour et gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Très bon résultat pendant 4 mois. Puis reprise des douleurs; pas de vomissements.

18 JANVIER 1927. — INTERVENTION : L'estomac est normal, ainsi que la bouche de gastroentérostomie. On trouve une lipomatose périgastrique intense avec de nombreux ganglions qui ne sont pas néoplasiques (examen histologique fait). On referme.

SUITES : Guérison opératoire simple.

OBS. 140. — (R. 18, p. 148). — M. C... Albert, 35 ans. — Le malade souffre depuis 10 mois et vomit depuis trois mois.

16 JANVIER 1926. — INTERVENTION : On trouve un ulcère formant une cicatrice étoilée du duodénum. Balfour et gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

MARS 1927. — Le malade a encore continué de souffrir et de vomir pendant 4 mois après son opération, mais de moins en moins. Ensuite, sédation complète des douleurs. Le malade n'a plus aucun trouble, digère parfaitement. Il a repris son poids normal et travaille facilement.

OBS. 141. — (Clientèle). — H..., 54 ans.

27 MARS 1925. — INTERVENTION : Ulcère calleux duodénal adhérent. Balfour et gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en Janvier 1927.

OBS. 142. — (Clientèle). — H..., 42 ans.

18 NOVEMBRE 1925. — INTERVENTION : Ulcère cal-leux de la deuxième portion du duodénum. Balfour et gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en Janvier 1927.

OBS. 143. — (R. 18, p. 160). — M. G... Clément, 65 ans. — Le malade souffre depuis 4 ans. Il ne vomit pas.

29 JANVIER 1926. — INTERVENTION : On trouve un ulcère duodéno-pylorique avec légère sténose. Balfour et gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : On apprend le décès du malade chez lui. Date et cause inconnues.

OBS. 144. — (R. 17, p. 79). — M. P... Jean, 35 ans. — Le ma-lade souffre depuis 7 ans. Il ne vomit pas.

12 DÉCEMBRE 1924. — INTERVENTION : On trouve un petit ulcère duodénal juxta-pylorique. Balfour et gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

§ 5. — *Exclusion du pylore et gastroentérostomie*

OBS. 145. — (R. 11, p. 4). — M. A... Jean, 18 ans. — Le ma-lade souffre depuis 5 ans; ne vomit pas.

26 MARS 1914. — INTERVENTION : L'estomac est normal. On trouve un ulcère cicatrisé du duodénum, juxta-pylorique. Exclusion du duodénum par suture du pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Le malade a continué à souffrir pendant 5 mois après l'intervention. Puis tout s'est

calmé. Il ne ressent maintenant aucun trouble et digère parfaitement. Il a engraisé de 15 kilos et travaille facilement.

OBS. 146. — (R. 11, p. 267). — M. B... Nicolas, 53 ans. — Le malade ressent des douleurs violentes depuis 4 mois; il a des vomissements fréquents; plusieurs hématomèses.

29 MAI 1919. — INTERVENTION : On trouve sur la première portion du duodénum un petit ulcère induré situé sur sa face postérieure. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture. On termine par une exclusion du pylore faite en coupant le pylore et en suturant les deux tranches.

31 DÉCEMBRE 1920. — Le médecin du malade nous apprend la mort subite de ce dernier, avec des signes de perforation d'ulcère. Cependant, auparavant le malade ne souffrait plus, et digérait bien.

OBS. 147. — (R. 13, p. 114). — M. T... Blanc, 39 ans. — Le malade souffre depuis 20 ans. Ne vomit pas.

13 MAI 1921. — INTERVENTION : On trouve un ulcère du duodénum situé à 4 cm. du pylore. On fait une gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture. On termine par une exclusion du duodénum par ligature de la muqueuse après section de la musculoséreuse. Les deux moignons restent en place.

SUITES : Parfaites pendant 6 mois. Puis reprise des douleurs.

2 FÉVRIER 1922. — INTERVENTION : On trouve un ulcère peptique de la bouche de gastroentérostomie. On le résèque et on le reforme la gastro à la suture au même endroit.

SUITES : Guérison complète jusqu'en Juillet 1924. Puis reprise des douleurs et amaigrissement.

5 SEPTEMBRE 1924. — INTERVENTION : L'estomac est collé à la paroi antérieure et au foie. On ne trouve pas d'ulcère peptique de la gastro, mais un

ulcère de la petite courbure, haut situé, allant jusqu'au cardia. Excision de cet ulcère suivie d'une suture longitudinale.

SUITES : On revoit le malade en parfaite santé en Octobre 1925. Il reste guéri jusqu'en Août 1926. Puis les douleurs reprennent.

4 SEPTEMBRE 1926. — INTERVENTION : On trouve un petit ulcère peptique de la bouche de gastro. On résèque cet ulcère et on reforme la gastro à la suture. Tout le reste est normal.

MARS 1927. — Les suites immédiates ont été parfaites. Mais depuis une quinzaine de jours le malade s'est remis à souffrir exactement comme avant sa dernière opération. On est en droit de penser à un nouvel ulcère peptique.

§ 6. — *Enfouissement et gastroentérostomie*

OBS. 148. — (R. 12, p. 238). — M. F... Raoul, 40 ans. — Le malade entre à l'hôpital pour une perforation d'ulcère gastrique.

24 SEPTEMBRE 1920. — INTERVENTION : On trouve une perforation d'ulcère de la première portion du duodénum. Enfouissement de la perforation. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Parfaites jusqu'en Août 1921. Puis il se met à souffrir et à vomir.

2 SEPTEMBRE 1921. — INTERVENTION : Sténose complète de la gastroentérostomie. On fait une nouvelle gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture, très large.

SUITES : Résultat parfait pendant 3 ans. Puis reprise des douleurs et vomissements.

18 AVRIL 1924. — INTERVENTION : L'estomac est petit. On trouve un ulcère peptique de la bouche de gastro. Le côlon transverse est collé dessus. On l'en sépare sans dommage. On résèque l'ulcère et on

refait à la suture une gastroentérostomie longue de 8 à 10 cm.

MARS 1927. — Guérison actuelle. Le malade ne souffre plus et n'a aucun trouble. Il a pris 6 kilos et travaille facilement.

OBS. 149. — (R. 13, p. 17). — M. B... Mathieu, 34 ans. — Le malade souffre depuis 5 ans. Il entre à l'hôpital pour un syndrome de perforation datant de 36 heures.

28 DÉCEMBRE 1920. — INTERVENTION : On trouve à l'union des première et deuxième portions du duodénum une zone adhérente au niveau de laquelle se trouve la fissure. Il y a peu de liquide dans le ventre. On referme comme on peut cette fissure et on termine par une gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : On revoit le malade le 21 Août 1925 en assez bon état. Il se plaint de quelques légers malaises gastriques datant de 15 jours. Mais on ne trouve rien d'anormal, et le malade rentre chez lui. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 150. — (Clientèle). — H..., 62 ans.

15 OCTOBRE 1916. — INTERVENTION : Ulcère duodénal perforé. Péritonite sous-hépatique. Enfouissement de la perforation. Drainage.

SUITES : Guérison opératoire maintenue jusqu'en 1920. Le malade a alors du mélæna. Puis il va bien jusqu'en Décembre 1921, date où il est mort d'une pneumonie.

OBS. 151. — (R. 13, p. 297). — M. G... Gabriel, 34 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 3 ans.

22 DÉCEMBRE 1921. — INTERVENTION : L'estomac est épaissi. On trouve un ulcère duodénal sous-pylorique. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

3 FÉVRIER 1922. — INTERVENTION : On veut faire un deuxième temps, mais l'ulcère est en voie de cic-

trisation. On se contente de l'enfouir sous deux plans de suture.

MARS 1927. — Guérison. Le malade ne ressent aucun trouble et digère bien. Il a pris 13 kilos et travaille facilement.

OBS. 152. — (R. 19, p. 168). — M. C... Georges, 26 ans. — Le malade souffre depuis 16 mois; ne vomit pas.

16 OCTOBRE 1926. — INTERVENTION : L'estomac est très grand, un peu épaissi. On trouve un petit ulcère de la première portion du duodénum. Enfouissement de l'ulcère. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a pris 6 kg. et travaille facilement.

OBS. 153. — (Clientèle). — F..., 39 ans.

28 JUIN 1924. — INTERVENTION : Ulcère duodéal sténosant. Enfouissement de l'ulcère. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927.

§ 7. — *Gastrectomies*

OBS. 154. — (R. 19, p. 166). — Mlle G... Marthe, 44 ans. — La malade souffre et vomit depuis 7 ans.

12 NOVEMBRE 1925. — INTERVENTION : On trouve un ulcère duodéal sous-pylorique. Pyloro-gastrectomie Billroth II avec gastro au bouton.

MARS 1927. — La malade a souffert encore 3 mois après- l'opération. Puis guérison. La malade n'a actuellement aucun trouble et digère parfaitement. Elle a repris son poids normal et travaille facilement,

OBS. 155. — (R. 16, p. 106). — M. S... Mathieu, 46 ans. — Le malade souffre depuis 10 mois et il a quelques vomissements.

17 AVRIL 1924. — INTERVENTION : On trouve un ulcère de la face postérieure du pylore s'étendant sur la presque totalité de la première portion du duodénum. L'estomac est un peu grand et épaissi. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

29 AVRIL 1924. — INTERVENTION : Deuxième temps : pylorectomie Billroth II un peu difficile.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a pris 12 kg. et travaille bien.

OBS. 156. — (R. 16, p. 198). — M. P... Barthélemy, 31 ans. — Le malade souffre depuis 2 ans. Il vomit depuis deux mois et a eu une hématomérose.

11 JUILLET 1924. — INTERVENTION : L'estomac est très grand. On trouve un ulcère cicatrisé de la première portion du duodénum à 2 cm. du pylore. Gastropylorctomie Billroth II avec gastro au bouton.

SUITES : Parfaites jusqu'au début de Décembre 1925 où le malade se met à vomir.

24 DÉCEMBRE 1925. — INTERVENTION : On trouve beaucoup d'adhérences. La gastroentérostomie est saine mais très sténosée. On l'agrandit à la suture par le procédé ordinaire.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a plus aucun trouble. Il a pris 8 kg., travaille bien.

OBS. 157. — (R. 19, p. 100). — Mme D... Joséphine, 66 ans. — La malade souffre depuis 6 ans; ne vomit pas.

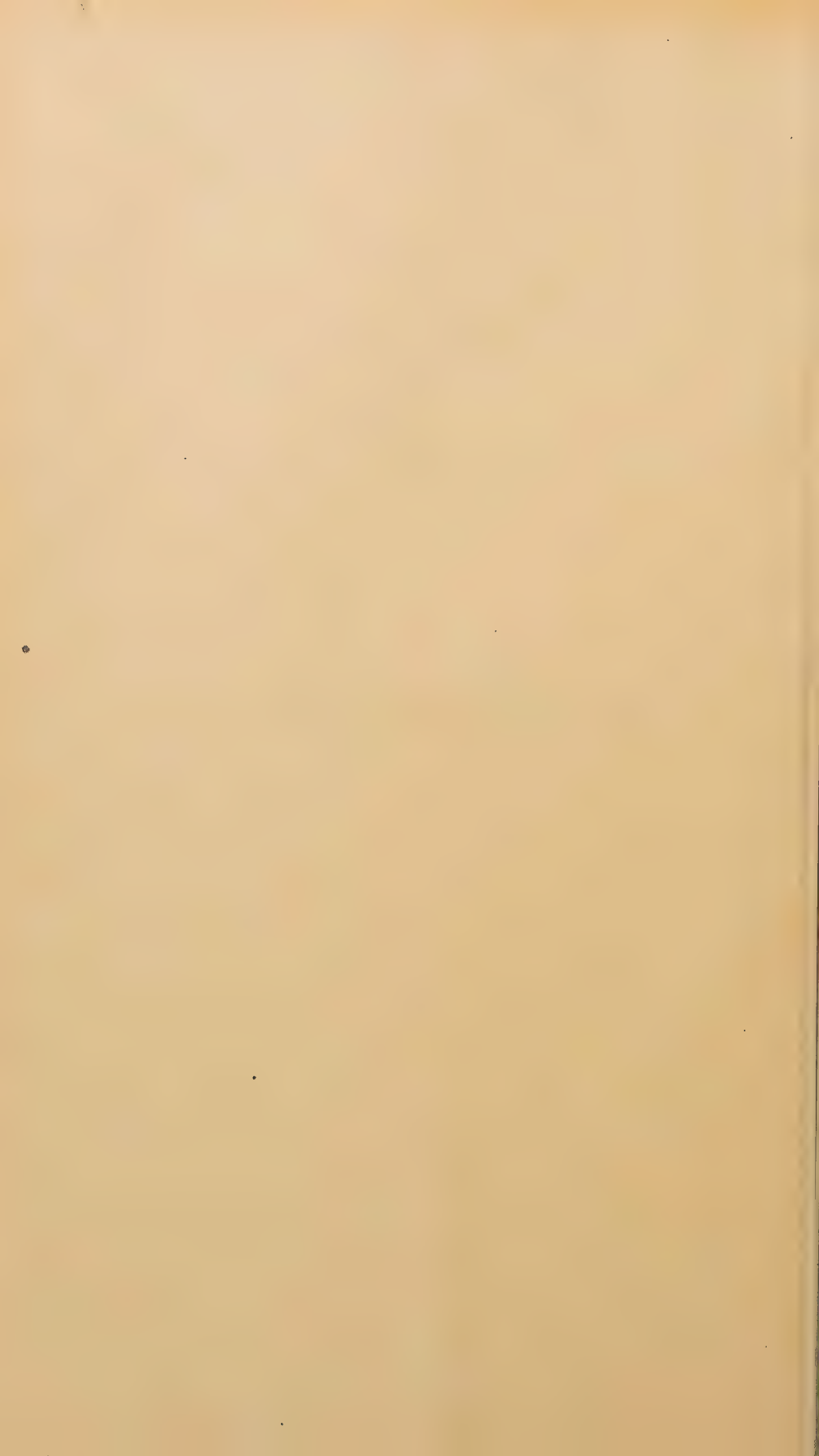
17 JUILLET 1925. — INTERVENTION : On trouve un ulcère duodénal, adhérent, presque cicatrisé. En libérant le duodénum on s'aperçoit que le cholédoque a été entièrement sectionné. On ne trouve pas le bout inférieur que l'on abandonne. Le bout supé-

rieur est catéthérisé. Pylorogastrectomie sans incidents. On suture le duodénum. On abouche le bout supérieur du cholédoque à l'extrémité supérieure de la suture gastrique. Gastroentérostomie au bouton.

SUITES : On apprend que la malade est morte chez elle, deux mois après l'intervention, sans que l'on puisse savoir dans quelles conditions.

DEUXIÈME PARTIE

Les ulcères du pylore



Les ulcères du pylore

Nous avons considéré comme ulcères du pylore, tous les ulcères situés au contact même de l'anneau pylorique, et n'étant pas séparés de lui par une portion saine de l'estomac. Notre Maître, le Docteur DELORE, estime qu'en pratique on peut faire rentrer dans ce groupe tous les ulcères qui sont situés à moins de 2 cm. du pylore, soit du côté duodénal, soit du côté gastrique. Nous avons donc fait rentrer dans cette catégorie les ulcères du versant duodénal du pylore, ceux du versant gastrique, ou ulcères prépyloriques, et enfin les ulcères mentionnés dans les registres comme occupant le pylore lui-même.

Nous avons recueilli 398 observations d'ulcères pyloriques, dont 51 sont mentionnés explicitement avoir occupé le versant duodénal du pylore, et 72 comme ayant été des ulcères prépyloriques. Dans presque toutes les observations, les malades présentaient des phénomènes de sténose accentuée. Dans quelques cas seulement ils sont notés comme n'ayant présenté

que des vomissements, ou en l'absence de ceux-ci, un estomac épais et dilaté. Une infime minorité, enfin, est notée comme n'ayant pas eu de phénomènes sténosants appréciables.

CHAPITRE PREMIER

Résultats des différentes interventions pratiquées

Sur nos 398 observations d'ulcères du pylore, il a été pratiqué :

- | | | |
|--|---|------------------|
| 327 gastroentérostomies | { | 242 à la suture. |
| | | 85 au bouton. |
| 2 gastro avec exclusion du pylore. | | |
| 6 gastro avec enfouissement de l'ulcère. | | |
| 21 gastro avec Balfour. | | |
| 5 gastro avec excision limitée. | | |
| 2 excisions limitées seules. | | |
| 35 pylorogastrectomies. | | |

A. — Résultats de la gastroentérostomie.

La gastroentérostomie seule a été pratiquée 327 fois. Cette opération trouve son indication majeure

dans l'ulcère pylorique, et s'adresse aux phénomènes de sténose que nous avons vu exister dans la presque totalité des cas. Elle est la seule opération admissible, tout au moins dans un premier temps, dans tous les cas de sténose accentuée avec grande dilatation gastrique, ou de mauvais état général. Elle a tous les caractères d'une opération radicale et curatrice dans les sténoses pyloriques cicatricielles, dont l'ulcus a cessé d'évoluer. Ces sténoses cicatricielles pures représentent du reste la minorité des cas. Dans les cas d'ulcères en évolution, la gastroentérostomie a été longtemps pratiquée seule par notre Maître le Docteur DELORE, chaque fois qu'il s'agissait d'un ulcère petit, récent, facilement influençable par ce traitement. Ces dernières années cependant, suivant la tendance générale à opposer au processus ulcéreux une opération radicale, la gastroentérostomie a été combinée à l'excision ou au Balfour. Elle a surtout été souvent exécutée dans la pratique de notre Maître le Docteur DELORE, comme premier temps d'une intervention radicale ultérieure. Cette conduite a même été suivie d'une façon absolue dans tous les cas d'ulcère ancien, calleux ou adhérent, ne semblant pas extirpable dans un seul temps. Mais dans ces cas, la gastroentérostomie est restée cependant souvent la seule opération pratiquée sur l'estomac. Dans certains cas, en effet, la réintervention systématiquement pratiquée deux ou trois semaines après, a montré un ulcère en voie de régression, ou même en voie de disparition, et la résection n'a pas été pratiquée. Dans d'autres cas, beaucoup plus nom-

breux, la réintervention avait été décidée au cas où le malade souffrirait à nouveau; mais l'amélioration a été telle que le second temps n'a pas été pratiqué. Enfin, certains malades ont refusé la réintervention. Signalons encore que dans quelques cas rares, la gastroentérostomie s'est trouvée à la réintervention n'avoir pas suffisamment modifié les phénomènes inflammatoires et les adhérences pour permettre l'opération radicale.

Dans presque les trois quarts des cas, la gastroentérostomie a été pratiquée à la suture à trois plans de catgut, comme il a été dit pour les ulcères du duodénum. Là, plus encore que pour le duodénum, la gastroentérostomie n'a pas été faite près du pylore (ou près des lésions) mais au contraire loin de lui, pour la placer à distance de la zone très étendue d'inflammation périulcéreuse qui accompagne la plupart des ulcères et qui peut être une cause d'ulcère peptique ou de sténose de la bouche. Elle a aussi été pratiquée à anse relativement courte et sans attacher d'importance à la direction horizontale ou verticale de la bouche.

Deux fois seulement, la gastro a été pratiquée postérieure précolique à cause de la brièveté du méso-colon. Toutes les autres fois, c'est-à-dire dans 240 cas, elle a été faite postérieure et transmésocolique.

Dans 85 cas, la gastroentérostomie a été pratiquée au bouton de Jaboulay, procédé qui, pour notre Maître le Docteur DELORE, a encore dans les sténoses pyloriques des indications certaines. Ce sont les cas de sténose ancienne avec grande dilatation gastrique

et mauvais état général; ou encore certaines sténoses plus récentes, mais avec occlusion complète et aiguë du pylore, s'étant accompagnées de modifications rapides de l'état général. Certaines conditions anatomiques ont été considérées aussi comme des indications de la gastro au bouton : ce sont les cas d'estomacs épaissis, enflammés, vasculaires, de mésos surchargés de graisse, d'intestin à parois minces et friables. Enfin, dans certains cas où l'on prévoyait dans un deuxième temps une large gastrectomie, la gastroentérostomie a été faite au bouton, ce qui permet plus facilement de la placer haut, et à distance des lésions.

En somme, les indications de la gastro au bouton ont été conçues largement, et celle-ci pratiquée dans beaucoup de cas comme simplement plus bénigne qu'une gastro à la suture dont l'exécution aurait été de mise pour d'autres.

1. — *Gastroentérostomie à la suture*

La gastroentérostomie à la suture a été pratiquée 242 fois. La mortalité a été de 1,6 %. Ceci représente 3 décès à l'hôpital, et un décès plus tardif. Parmi les trois premiers malades, l'un (Obs. n° 180) est mort de shock au deuxième jour; un autre (Obs. n° 222) de pneumonie au dixième jour; et le dernier, enfin (Obs. n° 165), est mort au dix-septième jour de cause non précisée. Enfin, le dernier malade (Obs. n° 214) est mort chez lui deux mois après l'intervention, au milieu de grandes souffrances selon les dires de la famille. Le malade était sorti de l'hôpital allant bien.

Il est permis de penser que ce décès a été dû probablement à une perforation secondaire, mais en l'absence de renseignements précis, nous le classons quand même dans les décès opératoires.

Sur ces 242 gastroentérostomies, nous avons pu suivre 163 malades.

I) BONS RESULTATS. — 127 malades ont présenté de bons résultats, ce qui fait une proportion de 77,9 %. Ces malades présentent pour la plupart des résultats parfaits, certains depuis vingt ans, avec des estomacs en quelque sorte normaux. Ils ne suivent aucun régime et n'accusent aucun trouble digestif, si minime soit-il.

Parmi ces malades, 10 signalent quelques troubles légers.

Deux malades (Obs. n^{os} 208-216) continuent à suivre un régime peu sévère.

Six malades (Obs. n^{os} 195, 207, 224, 228, 233, 238) présentent quelques troubles dyspeptiques excessivement légers, sans douleurs.

Un malade (Obs. n^o 195) présente quelques douleurs dues à sa cicatrice.

Un autre (Obs. n^o 183), qui se porte parfaitement bien, présente de temps en temps un vomissement bilieux.

Ces succès ont été obtenus à peu près dans la même proportion pour des ulcères du versant duodénal du pylore, que pour des ulcères pyloriques ou prépyloriques. Ils concernent des ulcères cicatriciels, des ulcères en voie d'activité et même une

douzaine d'ulcères mentionnés à l'intervention comme calleux ou adhérents.

II) RESULTATS MEDIOCRES. — Sur les 163 malades suivis, nous en avons classé 9, c'est-à-dire 5,5 %, dans les résultats médiocres.

Six malades (Obs. n° 166, 182, 211, 213, 226, 235) sont très améliorés, ne conservant que des douleurs en général légères, sans vomissements, sans autres troubles de la digestion.

Un malade (Obs. n° 231) a un assez bon résultat, mais il recommence à souffrir chaque fois qu'il s'écarte de son régime et ses douleurs cessent aussitôt qu'il le reprend.

Un malade (Obs. n° 205) a continué à souffrir pendant deux ans après son opération, un peu moins qu'avant. Il a été complètement soulagé de ses douleurs par un traitement médical.

Un autre enfin (Obs. n° 204) a des douleurs après les repas, moins fortes qu'avant l'opération, et quelques vomissements glaireux, mais peu abondants.

Aucun de ces malades n'a été réopéré. On voit, en outre, que, pratiquement, on pourrait mettre ces neuf malades ensemble, comme ayant gardé des douleurs légères, sans vomissements.

III) ECHECS. — Nous avons 27 malades classés dans les échecs, c'est-à-dire 16,6 % des 163 malades suivis.

Dans 9 cas ces échecs sont dus à la reprise des douleurs :

4 malades (Obs. n^{os} 158, 170, 175, 263) ont des douleurs aussi fortes qu'avant l'opération, mais ne vomissent pas.

2 malades (Obs. n^{os} 161, 176) ont des douleurs aussi fortes et ont des vomissements alimentaires, mais l'un de ces malades était un tabétique.

1 malade (Obs. n^o 210) a été soulagé pendant six mois, puis a recommencé de souffrir autant qu'avant et a eu plusieurs hématemèses, ce qui indique une reprise de l'évolution du processus ulcéreux.

2 malades enfin ont paru guéris pendant deux ans. Après ce laps de temps, ils ont recommencé à souffrir et à vomir et ils ont été réopérés. Chez l'un (Obs. n^o 219), l'anse sous-jacente à la gastro paraissait serrée par des voiles membraneux. On la libéra; mais le malade continue à souffrir et à vomir, et cela depuis deux ans. Chez l'autre (Obs. n^o 230), la laparotomie ne montra absolument rien d'anormal. Le malade est sorti de l'hôpital un mois et demi après, ne souffrant plus ni ne vomissant.

Dans 2 cas, ces échecs sont dus à une sténose de la bouche de gastro; ce qui est remarquable après gastroentérostomie à la suture.

L'un de ces malades (Obs. n^o 310) avait eu des vomissements bilieux de suite après son opération. On est réintervenu au bout de treize jours et on trouva une sténose de la bouche de gastro. On lui fit une nouvelle gastroentérostomie au bouton, et il est resté guéri deux ans.

L'autre (Obs. n^o 269) qui est un malade de la clientèle du Docteur DELORE, a été réopéré par lui trois

ans après pour une sténose de la bouche de gastro. Il lui fit une nouvelle gastroentérostomie plus large et le malade est resté guéri pendant huit ans.

Dans 16 cas ces échecs sont dus à des ulcères peptiques ou récidivants :

2 malades (Obs. n^{os} 320, 323) ont présenté de nouvelles localisations ulcéreuses au niveau de la petite courbure. Ces localisations sont survenues respectivement après une période de soulagement total de un et trois ans. Ces ulcères ont été excisés. Un des malades a subi une nouvelle laparotomie, des douleurs ayant réapparu six mois après; cette laparotomie fut négative; ce malade n'a pu être retrouvé. Le second malade n'a pas été retrouvé non plus. Dans les deux cas, l'ancien ulcère pylorique paraissait cicatrisé.

10 malades (Obs. n^{os} 177, 186, 192, 196, 206, 318, 319, 321, 322, 324) se sont remis à souffrir respectivement : 2 à un an, 3 à deux ans, 1 à quatre ans, 4 à cinq ans, après l'opération. La réintervention a montré des ulcères peptiques de la bouche de gastro, qui ont été excisés avec reconstitution de la gastro. Au cours de la réintervention, l'ulcère est signalé trois fois explicitement comme guéri; six fois le compte rendu opératoire ne mentionne que l'existence de l'ulcère peptique; une fois enfin (Obs. n^o 177) la présence d'un ulcère duodénal concomitant est signalée en plus de l'ulcère peptique et de la cicatrisation de l'ancien ulcère pylorique.

2 malades ont présenté des ulcères peptiques à répétition. L'un d'eux (Obs. n^o 260), après être allé bien

pendant quatre ans, a présenté un ulcère peptique traité par l'excision, suivie d'une nouvelle gastro. Le malade a présenté, quatre ans après, un nouvel ulcère peptique traité de la même façon, mais en faisant cette fois une gastroentérostomie antérieure pré-colique. Ce malade est resté guéri depuis cinq ans. L'autre malade (Obs. n° 187) présente une histoire très complexe. Il fut réopéré trois fois pour ulcère peptique qui fut réséqué; mais il faut signaler qu'à la première réintervention, on avait pratiqué une gastroentérostomie en Y qui, on le sait, favorise l'apparition de nouveaux ulcères peptiques.

2 malades enfin (Obs. n°s 194, 237) ont présenté des ulcères peptiques avec fistule gastrojéjunocolique, l'un deux ans, l'autre dix-sept ans après la gastroentérostomie. Ces deux cas ont été traités par des interventions économiques. La brèche colique a été suturée après séparation de la bouche de gastro. La bouche elle-même a été reconstituée dans un cas, après excision de l'ulcère peptique; dans l'autre cas, une nouvelle gastroentérostomie a été faite.

2. — *Gastroentérostomies au bouton*

La gastroentérostomie au bouton a été pratiquée 85 fois, dans la plupart des cas pour des sténoses serrées et anciennes. La mortalité opératoire a été de 7 %, soit 6 décès. Cette mortalité est beaucoup plus élevée que celle de la gastroentérostomie à la suture (1,6 %), ce qui correspond à la gravité des sténoses auxquelles elle a été appliquée. Deux malades (Obs.

n^{os} 445, 410) sont morts au bout de deux et onze jours de complications pulmonaires. Un malade (Obs. n^o 402) de cachexie au quatrième jour. Deux malades (Obs. n^{os} 400, 403) ne se sont pas remontés après l'opération et sont morts dans le service vingt et trente jours après, sans que la vérification ait pu être faite. Un malade (Obs. n^o 409) a été atteint d'hémiplégie quarante-huit heures après l'intervention et est mort chez lui deux mois après.

Sur ces 85 cas, 40 malades ont pu être suivis.

I) BONS RESULTATS. — 24 malades, soit 60 %, ont présenté d'excellents résultats. Deux malades (Obs. n^{os} 417, 421) signalent qu'ils présentent quelques troubles digestifs légers, lors d'excès alimentaires.

II) RESULTATS MEDIOCRES. — Il y a 5 malades classés dans les résultats médiocres, soit 12,5 %.

Quatre malades ont continué à présenter, deux ans et plus après l'intervention, des douleurs tardives de type ulcéreux (Obs. n^{os} 406, 407, 418, 429). Ils ont été cependant améliorés du fait de la disparition des vomissements. L'un d'eux seulement a été revu et a refusé une réintervention.

Un dernier malade enfin (Obs. n^o 428) présente encore des troubles gastriques douloureux, intermittents et peu accentués.

III) ECHECS. — Sur les 40 malades, 11 sont classés dans les échecs, soit 27,5 %.

Un malade (Obs. n° 408) a présenté, huit jours après la gastroentérostomie, une hémorragie mortelle. Il est intéressant de noter qu'il s'agissait d'un ulcère hémorragique qui avait semblé inextirpable à l'intervention et pour lequel on avait pratiqué, en plus de la gastroentérostomie, la ligature des vaisseaux accessibles : coronaire stomacique et gastro-épiploïque droite. L'autopsie montra que l'hémorragie était due à une ulcération de l'artère gastro-duodénale.

Cinq malades ont présenté des accidents en rapport avec le mode d'anastomose. L'un d'eux (Obs. n° 405) a présenté des accidents dus à une application défectueuse du bouton, qui ont nécessité, un mois et demi après la première intervention, l'ablation du bouton, resté suspendu au niveau de la bouche par les tuniques gastriques insuffisamment écrasées en arrière. On a dû faire une gastroentérostomie à la suture.

Quatre malades (Obs. n°s 412, 419, 444, 427) ont présenté des sténoses de la bouche de gastro, survenues respectivement : quinze jours, six mois, dix mois, un an après la première intervention; sténoses pour lesquelles on a pratiqué deux fois une nouvelle gastroentérostomie à la suture et qui deux fois ont été agrandies par le procédé ordinaire des deux coches, décrit par le Docteur DELORE dans la *Revue de Chirurgie* (T. XLIII, 1924).

Un malade (Obs. n° 413) ayant continué à souffrir malgré sa gastro, on dut pratiquer, deux mois après, l'excision d'un ulcère s'étendant vers le duodénum,

et le malade mourut au bout d'un mois après avoir présenté un abcès périgastrique et une fistule duodénale.

Deux malades (Obs. n° 415, 443) ont présenté, l'un un an, l'autre quatre ans après la gastro, un ulcère peptique de la bouche qui fut traité par excision de l'ulcère et reconstitution de la bouche. L'un d'eux est allé bien pendant deux ans et a recommencé à souffrir : la radioscopie pratiquée récemment a montré qu'il n'y avait pas de passage par la bouche; l'autre malade n'a pu être suivi.

Un malade (Obs. n° 414) dont l'ulcère avait été noté comme presque complètement disparu au cours d'une réintervention systématique quinze jours après, s'est remis à souffrir trois ans après; on réintervint et on ne trouva que des adhérences sans autre chose d'anormal. Le malade a encore continué à avoir des douleurs à horaire tardif; il a revu le Docteur DELORE, qui a porté le diagnostic de cancer gastrique.

Un autre malade (Obs. n° 411), après être allé très bien pendant quatre ans, a repris à ce moment des douleurs et des vomissements par périodes qui sont allées en se rapprochant, et il est mort au bout de sept ans, sans que, selon les dires de la famille, on puisse savoir s'il s'est agi d'une récurrence ulcéreuse ou d'une cancérisation.

La gastroentérostomie au bouton a donc donné, en général, de moins bons résultats éloignés que la gastroentérostomie à la suture. Il a été observé plus souvent après cette opération des échecs par persis-

tance de la douleur, que l'on doit attribuer sans doute au trop petit calibre de l'anastomose; et aussi des sténoses de la bouche, beaucoup plus fréquentes que dans la gastroentérostomie à la suture. Nous croyons cependant que la gastroentérostomie au bouton garde des indications absolues dans les cas de sténose ancienne, chez les malades cachectiques, et même dans certaines sténoses pyloriques aiguës avec intolérance gastrique. Nous insistons sur le fait qu'elle ne nous a pas donné les accidents immédiats qui lui ont été imputés : perforation des tuniques gastriques, occlusion intestinale par arrêt du bouton, chute dans la cavité abdominale, etc... Nous admettons aussi qu'elle réalise un mode d'anastomose excessivement solide, et que l'on ne peut pas, s'il a été bien placé, reprocher au bouton de favoriser des accidents de lâchage ou de déhiscence de l'anastomose. La non-migration du bouton peut ne s'accompagner d'aucun accident. Nous avons récemment revu à la radioscopie un malade (Obs. n° 516) qui présentait encore son bouton en place trois ans après l'intervention et avait un excellent résultat, l'estomac s'évacuant par le bouton seul.

3. — *Interprétation des résultats de la gastroentérostomie*

La gastroentérostomie seule a été pratiquée en tout 327 fois. Elle a donné une mortalité de 10 cas, soit 3 %, et encore avons-nous compté, à défaut de renseignements, comme mort opératoire, un décès sur-

venu deux mois après l'intervention chez un malade ayant quitté l'hôpital en bon état. Cette mortalité semble un peu inférieure à la plupart de celles des statistiques françaises. Elle est en réalité peu élevée si l'on tient compte qu'il s'est agi, dans un très grand nombre de cas, d'ulcères pyloriques anciens arrivés à un degré de cachexie extrême. L'emploi du bouton qui présente certainement de grands inconvénients ultérieurs, a cependant l'avantage de réduire la mortalité dans les cas graves.

Nous donnons ci-dessous le tableau général des résultats de la gastroentérostomie, en ne tenant compte que des cas suivis :

Gastroentérostomie à la suture :

Bons résultats :	77,9 %
Résultats médiocres :	5,5 %
Echecs :	16,6 %

Gastroentérostomie au bouton :

Bons résultats :	60 %
Résultats médiocres :	12,5 %
Echecs :	27,5 %

Gastroentérostomie en général :

Bons résultats :	74,4 %
Résultats médiocres :	6,9 %
Echecs :	18,7 %

Pour tous ces cas de gastroentérostomie, 29 réinterventions ont été pratiquées : 18 pour des ulcères peptiques; 6 pour des sténoses de la bouche; 1 pour non migration du bouton; 4 pour des douleurs ou

troubles divers. Nous avons eu, sur ce total, un décès opératoire. Chez ce malade (Obs. n° 413) on eut à pratiquer une résection de l'ulcère; il mourut un mois après, après avoir eu une fistule duodénale. Dans un autre cas, on a eu affaire à une cancérisation. Nous n'avons pas pu retrouver ces 29 malades chez qui on est réintervenue. Nous ne pouvons certifier que 12 guérisons maintenues; et nous arrivons ainsi, pour les guérisons définitives après traitements secondaires, aux pourcentages suivants :

Bons résultats :	79,2 %
Résultats médiocres :	6,9 %
Echecs :	13,9 %

I) SES SUCCÈS. — La gastroentérostomie a donc apporté d'emblée, dans 74,4 % des cas, de bons résultats. De plus, si l'on considère que les résultats classés comme médiocres correspondent cependant à des améliorations très nettes, on peut admettre que la gastroentérostomie a nettement amélioré les malades dans 81,3 %, et si l'on tient compte des réinterventions suivies de guérison, on reste en présence de 86,1 % de malades guéris ou améliorés, et 13,9 % d'échecs définitifs.

Ces bons résultats de la gastroentérostomie s'expliquent très bien pour l'ulcère pylorique. La gastro a avant tout une action de dérivation qui amène des effets heureux sur les sténoses du pylore. Cette intervention entraîne en somme la guérison radicale des ulcères cicatrisés du pylore par la simple création de la bouche anastomotique. Mais il est de notion

courante, maintenant, que les sténoses cicatricielles pures sont très rares et que l'on a affaire la plupart du temps à des sténoses soit mixtes, organiques et spasmodiques, soit uniquement spasmodiques mais avec ulcère toujours en évolution. Dans les cas même où l'ulcère entraîne du fait de son volume et des réactions fibreuses qui l'accompagnent, une sténose organique du pylore, le fait que l'ulcère est encore en évolution empêche de considérer la création d'une bouche anastomotique comme entraînant immédiatement la guérison de l'affection.

Dans tous ces cas de sténose par ulcère en évolution, la gastroentérostomie apporte cependant de bons résultats en faisant cesser le spasme pylorique et les phénomènes douloureux tardifs qui l'accompagnent; et en mettant l'ulcère au repos, c'est-à-dire dans de meilleures conditions de cicatrisation. Mais on comprend que cette action puisse être incomplète ou seulement passagère, le chyme stomacal passant à nouveau par le pylore après cessation du spasme, ou même continuant simplement à baigner l'ulcération gastrique, dans les ulcères prépyloriques.

La gastroentérostomie fonctionne alors à nouveau dans les conditions de gastro à pylore ouvert, que nous avons étudiées à propos de la gastroentérostomie dans les ulcères duodénaux. Notons de nouveau que son action n'est alors pas nulle, que l'évacuation continue à se faire en majeure partie par la bouche. Sur 16 malades traités par la gastroentérostomie seule, que nous avons pu radioscopier jusqu'à ces jours-ci et qui représentent tous des résultats très

éloignés, l'évacuation se faisait 4 fois par la bouche seule; 4 fois par les deux orifices, mais avec forte prédominance de la bouche; 6 fois par les deux orifices à égalité; 2 fois enfin par le pylore seul. Dans la plupart des cas, l'évacuation de l'estomac n'était pas retardée, et le plus souvent semblait même très rapide. Ces quelques faits confirment bien l'action persistante de la gastroentérostomie, même après retour total ou partiel de la perméabilité pylorique.

On sait, d'autre part, que les ulcères pyloriques s'accompagnent d'une très forte réaction hyperchlorhydrique. Nous avons signalé que de nombreux travaux ont montré qu'en général la gastroentérostomie réduisait cette acidité dans des proportions considérables. Cependant, il semble que dans certains cas d'ulcères pyloriques avec acidité élevée, la gastroentérostomie n'amène pas toujours une diminution notable de l'hyperacidité (BRÉCHOT, KUMMER, BONAR, etc...). Il est du reste difficile de se prononcer sur cette question, étant donné la variabilité des opinions rapportées par les différents auteurs; mais il semble bien qu'on puisse admettre que l'action si vantée de la gastroentérostomie sur l'ulcère, par alcalinisation du suc gastrique, soit inconstante, spécialement dans certains ulcères anciens avec forte hyperchlorhydrie. Cette alcalinisation serait due, dans la majorité des cas, au reflux de bile et de liquide pancréatique. Ce reflux de bile n'est du reste pas constant, et pour certains, ne diminuerait même pas toujours l'acidité. Il semble donc que l'on ne puisse pas compter toujours sur la « pharmacie interne » de Roux, et sur

son action sur l'ulcère. Il serait cependant exagéré d'admettre avec quelques auteurs que la gastroentérostomie est une intervention antiphysiologique (nécessité d'un chyme acide dans l'estomac, etc...), car elle donne malgré tout un très grand nombre de résultats excellents.

II) SES INSUCCÈS. — Malgré ces bons résultats, l'on peut se demander si la gastroentérostomie représente toujours l'intervention de choix pour les ulcères pyloriques non cicatriciels. Différentes considérations interviennent alors : l'ulcère pylorique se présente en effet très souvent sous la forme d'un ulcère étendu, calleux, adhérent fortement dans la profondeur. Ce type d'ulcère est, on le sait, très réfractaire à la thérapeutique indirecte et de plus doit toujours éveiller l'idée de cancérisation possible. C'est la rareté, tout au moins relative, de ces ulcères chroniques, calleux, sur le duodénum, qui explique beaucoup de succès de la gastroentérostomie à ce niveau. D'autre part, l'exérèse de l'ulcère, difficile sur le duodénum, est généralement beaucoup plus facile au niveau du pylore. Il y a donc lieu de se montrer plus exigeant vis-à-vis de la gastroentérostomie, et l'on a tendance à la condamner dans les cas d'ulcère chronique, calleux, encore en évolution.

L'analyse des échecs de la gastroentérostomie doit aider à résoudre cette question. Beaucoup de ces échecs ont perdu aujourd'hui une grande partie de leur intérêt.

Les perfectionnements de la technique ont fait dis-

paraître à peu près complètement les accidents dus au *circulus viciosus* qui sont attribuables, dans les cas rares où on les observe encore, à des phénomènes d'inflammation périgastrique. Depuis longtemps, notre Maître, le Docteur DELORE, a attiré l'attention sur ces phénomènes et incriminé les lésions de gastrite périulcéreuse. Il a préconisé de placer la bouche aussi loin que possible du siège de l'ulcère pour que celle-ci ne soit pas plus tard le siège de sténoses ultérieures par inflammation pariétale ou périgastrique. Les occlusions duodénales postopératoires sur lesquelles on a insisté ces dernières années ne sont pas spéciales à la gastro, et cèdent généralement à des lavages d'estomac, et sont plutôt la cause de troubles ultérieurs que d'accidents aigus postopératoires.

L'occlusion intestinale par invagination du grêle dans la brèche mésocolique a disparu depuis que l'on pratique une fixation soigneuse du mésocolon à l'estomac. Les invaginations du grêle dans l'estomac sont une complication excessivement rare. Notre Maître, le Docteur DELORE, n'en a observé qu'un seul cas tout récent.

Plus que ces complications, il importe de noter les complications qui sont dues à la *continuation de l'évolution de l'ulcère*. Nous avons déjà parlé, à propos de l'ulcère du duodénum, des perforations après gastroentérostomie. Dans les ulcères du pylore, nous avons noté deux fois des complications hémorragiques après la gastro. Dans aucun de ces cas, ces hémorragies ne se sont présentées comme une compli-

cation opératoire proprement dite. L'un des malades (Obs. n° 210) a été calmé pendant six mois; puis, il a recommencé à avoir des douleurs à type tardif et depuis quatre ans eut plusieurs petites hématomèses, ce qui montre bien que, dans ce cas, l'action de la gastroentérostomie a été nulle sur l'évolution de l'ulcère; l'autre malade (Obs. n° 408) est mort subitement, le huitième jour, d'une hématomèse foudroyante due à l'ulcération intragastrique de la gastroduodénale, donc à la continuation de l'évolution de l'ulcère, et cela, malgré la gastroentérostomie et des ligatures.

Quant aux perforations, nous n'en avons pas noté de certaines. Cependant, nous avons compté comme tel un malade (Obs. n° 214) qui est mort chez lui deux mois après l'opération, après avoir beaucoup souffert au dire de sa famille.

D'autre part, il faut remarquer que si nous n'avons pas noté plus souvent de perforations secondaires d'ulcères pyloriques après gastroentérostomie, cela tient à ce que, ainsi que nous l'avons déjà dit pour les ulcères duodénaux, notre Maître, le Docteur DELORE, lorsque l'ulcère peut faire naître des craintes à ce sujet, pratique préventivement, et en plus de la gastroentérostomie, un enfouissement ou même une exérèse plus ou moins large.

L'analyse des échecs par *persistance des douleurs* permet d'étudier l'action de la gastroentérostomie sur le processus ulcéreux.

Nous devons noter cependant d'abord que dans un certain nombre de cas, les douleurs persistantes

n'avaient pas le caractère de douleurs tardives à type ulcéreux. Il s'agissait, soit de troubles dyspeptiques avec ballonnement, troubles douloureux peu accentués et irréguliers, et quelquefois de vomissements bilieux du type de ceux décrits par DENÉCHAU sous le nom de « syndrome médical secondaire de la gastro ». Dans d'autres cas, certains malades revus avaient présenté de plus des troubles diarrhéiques rappelant ceux qui ont été décrits par MATHIEU et SAVIGNAC, et qui peuvent être attribués soit à une véritable insuffisance des digestions peptique, biliaire et pancréatique, soit à une évacuation précipitée et rapide de l'estomac, qui a été notée au cours de quelques examens radioscopiques.

Dans d'autres cas, que nous avons notés dans le compte rendu de nos résultats, les malades présentaient des douleurs à type tardif, tantôt beaucoup moins accentuées qu'avant l'intervention, tantôt présentant la même acuité et s'accompagnant parfois même de vomissements; troubles qui ont été classés respectivement soit dans les résultats médiocres, soit dans les échecs.

Tout comme les accidents plus dramatiques d'hémorragie ou de perforation, ces accidents indiquent la persistance du processus ulcéreux malgré la gastroentérostomie. Cette persistance des signes cliniques de l'ulcère après gastroentérostomie a été très souvent notée par les différents auteurs. On en trouvera de nombreux exemples récents rapportés dans la thèse d'OBERTHUR. Quelques-uns sont spécialement instructifs : MOREAU, par exemple, sur 26 cas de sté-

nose pylorique traités par gastroentérostomie, trouve 15 bons résultats et 11 mauvais.

Nous n'avons pas noté d'autre cause pouvant expliquer de façon évidente les douleurs persistant après la gastro. Le fait que la gastroentérostomie n'a pas été faite au point déclive ne nous semble pas pouvoir expliquer les douleurs persistantes, la présence d'un cul de sac sous-anastomotique ayant été constatée dans de nombreuses radioscopies chez des malades ayant des résultats excellents.

Dans nos observations, il a été réintervenue une seule fois pour des phénomènes douloureux persistant après l'intervention, qui exigèrent une résection secondaire de l'ulcère. La persistance des douleurs n'a donc pas amené de nombreux malades à la réintervention. Nous croyons d'autre part que ces réinterventions auraient été plus fréquentes si, dans nos cas, la plupart des ulcères étudiés, calleux ou adhérents, n'avaient pas été l'objet d'un traitement direct.

Résultats de la gastroentérostomie dans les ulcères calleux pénétrants. — Les ulcères calleux pénétrants ont, du fait de leur constitution anatomique, peu de tendance à évoluer vers la cicatrisation. L'ulcère est fixé aux organes voisins; il est entouré d'un tissu cicatriciel rigide et ne peut donc se rétracter; son fond n'a pas de tendance à se recouvrir de muqueuse gastrique régénérée. Ce type d'ulcère, pour être beaucoup moins fréquent au niveau du pylore qu'au niveau de la petite courbure, n'en existe pas moins dans un grand nombre de cas. D'une façon générale,

ce type d'ulcère a été traité dans nos cas par l'intervention directe. Cependant, certains ont été traités par la gastroentérostomie, et il ne nous a pas semblé, en parcourant nos observations, qu'ils aient donné lieu beaucoup plus souvent à des échecs que les autres types d'ulcères. D'autres faits intéressants montrent que la gastroentérostomie peut avoir sur les ulcères chroniques du pylore, une action très favorable, qui ne s'exerce pas sur ceux de la petite courbure. Dans 7 cas où l'ulcère avait été jugé tel qu'il devait nécessiter une gastropyloréctomie secondaire, celui-ci disparut presque complètement au bout de deux ou trois semaines, à tel point qu'après laparotomie, toute intervention secondaire fut jugée inutile. Dans 7 autres cas enfin, l'ulcère avait tellement diminué que le deuxième temps consista simplement en une cautérisation à la Balfour, ainsi que nous le verrons plus loin. Enfin, dans beaucoup de cas où la gastropyloréctomie est pratiquée dans un second temps, la gastroentérostomie avait non seulement agi sur les phénomènes de sténose et sur l'état général du malade, mais avait encore entraîné une diminution très notable des lésions ulcéreuses. *Il faut du reste tenir compte, dans ces cas, de la disparition dans un premier temps de phénomènes d'inflammation et d'œdème dur qui peuvent donner à un ulcère relativement peu étendu, les caractères apparents d'un ulcère chronique calleux.*

Dans d'autres cas, tout comme pour le duodénum, les échecs ont été dûs non pas à la continuation des symptômes, mais à leur retour au bout d'un temps

plus ou moins long. Il s'est agi alors soit de la récurrence de nouveaux ulcères, soit parfois de sténose de la bouche de gastroentérostomie.

Ulcères récidivants ou peptiques. — La gastroentérostomie n'empêche pas toujours la formation de nouveaux ulcères survenant à distance de l'ulcère pylorique sur la petite courbure. Cette éventualité a été signalée par de nombreux auteurs.

HOFMANN a publié 4 cas d'ulcères de la petite courbure développés après gastroentérostomie pour ulcère pylorique, qu'il dut réopérer six mois, un an, un an et demi ou huit ans plus tard. Dans ces cas, l'ulcère pylorique ne s'était pas aggravé et l'ulcère de la petite courbure était déjà parfois calleux.

WALTON est réintervenue 8 fois pour ulcère récidivant de la petite courbure après gastro pour ulcère pylorique.

Deux de nos malades (Obs. n° 320, 323) ont présenté, malgré la gastroentérostomie, de nouveaux ulcères de la petite courbure, survenus respectivement un et trois ans après la gastroentérostomie. Ces cas ont été rapportés plus haut. Nous faisons remarquer que dans ces cas, l'ulcère pylorique était mentionné comme cicatrisé.

Les ulcères peptiques se sont montrés nombreux. Nous en avons rapporté plus haut 16 cas, survenus 14 fois après gastro à la suture et 2 fois après gastro au bouton, ce qui donne une proportion de 5,7 % des cas après gastro à la suture et 2,3 % des cas après gastro au bouton. Nous faisons remarquer de suite que cet avantage de la gastro au bouton est détruit

par la fréquence des sténoses de la bouche et des résultats incomplets observés après ce mode d'anastomose. Ces ulcères sont survenus respectivement : 2 un an, 4 deux ans, 3 trois ans, 3 quatre ans, 1 cinq ans, 2 six ans, 2 sept ans, et même 1 dix-sept ans après la première intervention. Ces ulcères peptiques se trouvaient, dans 14 cas, sur la bouche de gastro elle-même, et dans 2 cas sur le jéjunum; mais il faut remarquer que dans 1 cas (Obs. n° 187) le premier ulcère peptique a été sur la bouche de gastro, mais que les deuxième et troisième ulcères peptiques récidivants se sont trouvés sur le jéjunum, à 2 cm. de la gastro.

Ces ulcères, en somme, ont tous été traités par des interventions très limitées. La plupart des auteurs insistent sur la nécessité, pour les ulcères peptiques, d'interventions larges, avec résection d'une part de la bouche, d'autre part de l'estomac, et rétablissement de la continuité soit par une nouvelle anastomose, soit par les voies naturelles si l'ulcère originel a disparu. Nous ne voulons pas exposer ici la question difficile de la thérapeutique de l'ulcère peptique. Nous faisons remarquer cependant que de l'avis de tous, les interventions secondaires larges pour les ulcères peptiques sont difficiles et meurtrières du fait de la profondeur des lésions et des adhérences, l'ulcère siégeant à la face postérieure de l'estomac, et qu'elles entraînent une grosse mortalité. Nos interventions pour ulcères peptiques ne nous ont pas donné de mort, ce qui est certainement à leur actif. Cependant, des interventions plus larges auraient

peut-être évité les deux cas où l'ulcère peptique a récidivé plusieurs fois.

Ces récurrences du processus ulcéreux constituent donc là, plus encore que pour les ulcères duodénaux, le gros écueil de la gastroentérostomie; tout comme pour l'ulcère duodénal, c'est dans le sens de la suppression de ces échecs éloignés que doivent tendre les nouveaux efforts. Le traitement direct par ablation limitée de l'ulcère n'a été qu'une première étape dans cette voie, cette ablation étant très souvent trop parcimonieuse. C'est surtout pour éviter ces complications qu'ont été pratiquées les duodénopylorectomies, puis les pylorogastrectomies larges, avec résection étendue de l'estomac, préconisée surtout au début par FINSTERER. Ces interventions, sur lesquelles nous insisterons tout à l'heure, ont l'avantage de supprimer les lésions de gastrite étendue à distance de la lésion ulcéreuse et d'assurer, comme nous l'avons déjà dit, une diminution beaucoup plus complète et beaucoup plus constante de l'hyperchlorhydrie, que celle qui suit la simple gastroentérostomie.

Cancérisation. — Nous n'apportons pas de documents complets sur cette importante question pour diverses raisons. Dans beaucoup de cas, en face d'une lésion étendue, le diagnostic entre ulcère et ulcéro-cancer n'a été fait qu'à l'intervention, ou même seulement après examen histologique, et les malades n'ont pas été catalogués dans les ulcères. D'autre part, nous n'avons pas pu obtenir de renseignements assez certains sur les malades décédés chez eux dans les années ayant suivi l'intervention. Six malades

nous ont été signalés comme décédés entre six mois et sept ans après l'opération; pour deux malades, nous n'avons pu savoir la date du décès. Nous ne pouvons tirer aucune conclusion de ces faits. Les seuls cas de cancérisation que nous ayons observés concernent deux malades (Obs. n^{os} 411 et 414) dont l'un est mort chez lui sept ans après son opération, sans avoir subi aucune réintervention; nous n'avons, pour porter ce diagnostic, que les renseignements donnés par la famille. L'autre a été revu au bout de quatre ans par le Docteur DELORE, qui a porté ce diagnostic sans avoir pratiqué de réintervention.

Nous sommes cependant persuadé que la cancérisation de l'ulcère pylorique chronique est fréquente. Nous ne voulons pas rappeler ici les nombreuses statistiques rapportées et qui, du reste, présentent des écarts formidables dans l'appréciation des pourcentages de cancérisation. Dans la seule statistique rapportée par DELAGENIÈRE au Congrès de 1920, ces proportions variaient entre 6 % (MICKULICZ) et 71 % (Mc CARTHEY). Ces différences d'estimation sont du reste explicables, certains auteurs se basant sur des pièces d'autopsie; d'autres, ne tenant compte que de leurs pièces de résection, pratiquées en général pour des ulcères anciens, adhérents, trouvent un gros pourcentage d'ulcères cancérisés et donnent même ce nom à des cancers ulcérés.

OBERTHUR, qui a étudié très minutieusement cette question dans sa thèse, croit que l'on peut estimer aux environs de 5 % la dégénérescence maligne de tous les ulcères de l'estomac, mais il estime que

cette proportion est beaucoup plus importante si l'on considère seulement les ulcères calleux anciens.

Il est certain que le fait important en pratique pour un chirurgien, est de savoir, lorsqu'il se trouve à l'intervention devant un ulcère calleux, s'il est en présence d'un ulcère simple ou d'un ulcère cancérisé. L'on peut, dans ces cas, estimer avec LECÈNE que lorsqu'un ulcère de la petite courbure est ancien et calleux, le cancer se rencontre 5 fois sur 10. La proportion semble à peu près la même pour les ulcères pyloriques, et l'on comprend que les difficultés de diagnostic, les risques de cancérisation de l'ulcère calleux soient un argument indiscutable en faveur de la résection, quels que soient, dans un très grand nombre de cas, les bons résultats obtenus avec la gastroentérostomie dans l'ulcère pylorique, même calleux.

Mais c'est surtout dans ces cas qu'apparaissent les avantages des interventions en deux temps; en effet, il peut arriver qu'après avoir pratiqué une gastroentérostomie dans un premier temps, la laparotomie faite quinze jours après montre, soit une diminution de l'ulcère, soit même la disparition de celui-ci, ce qui aide beaucoup au diagnostic et indique en partie la conduite à tenir.

Sténoses de la bouche de gastroentérostomie. —

Nous les avons observées, là comme pour les ulcères du duodénum, surtout après les gastroentérostomies au bouton. Nous en avons observé 6 cas, survenus 2 fois après gastro à la suture et 4 fois après gastro au bouton, ce qui fait 0,8 % après gastro à la suture

et 4,7 % après la gastro au bouton. Ces sténoses sont respectivement survenues quinze jours, six mois, dix mois, un an, trois ans après la gastroentérostomie.

Ces sténoses de la bouche grèvent presque uniquement la gastro au bouton, dont elles sont un inconvénient important. Il faut cependant noter que les réinterventions pour agrandissement de la bouche sont faciles, moins graves que les réinterventions pour ulcères peptiques, et que la gastro au bouton garde, dans tous les « cas d'urgence », ses indications.

Réinterventions. — Du fait de ces échecs, la gastroentérostomie entraîne dans un certain nombre de cas des réinterventions. De nombreux travaux ont été publiés sur ces réinterventions après gastroentérostomies. Malheureusement, les auteurs de ces travaux ne dissocient pas les interventions pour ulcères pyloriques et ulcères de la petite courbure. Nous retenons surtout de ces différentes statistiques la gravité de ces interventions. Pour nous, nous sommes réintervenues 29 fois : 18 fois pour ulcère peptique ou récidivant; 6 fois pour sténose de la bouche de gastro; 1 fois pour non migration du bouton; 4 fois pour douleurs. Deux fois la laparotomie fut négative, mais l'un de ces malades eut ultérieurement un cancer. Une fois on trouva l'anse jéjunale serrée par des adhérences; une fois on eut à exciser l'ulcère, mais ce malade mourut après avoir eu une fistule duodénale.

Pour ces 29 réinterventions, nous avons à noter 1 décès opératoire et 12 guérisons qui se sont maintenues; nous n'avons pas eu de nouvelles ultérieures

des autres malades, qui n'ont guère pu être suivis que pendant un mois environ. Si donc, dans la statistique générale des gastroentérostomies, nous comptons comme succès définitifs les malades guéris après réintervention, nous obtenons les pourcentages suivants :

Bons résultats :	79,2 %
Résultats médiocres :	6,9 %
Echecs :	13,9 %

B. — Résultats des opérations complémentaires de la gastroentérostomie

Au niveau de la région pylorique, l'excision ou la thermocautérisation à la Balfour ne doivent jamais être pratiquées seules, mais comme complément d'une gastroentérostomie. Ces deux interventions sont, en elles-mêmes, des interventions incomplètes, et de plus entraînent généralement une diminution du calibre de la région pylorique. Elles doivent être considérées comme des interventions complémentaires de la gastroentérostomie.

1. — *Gastroentérostomie et cautérisation à la Balfour*

La thermocautérisation à la Balfour, avec gastroentérostomie, a été pratiquée dans 21 cas.

Dans une première catégorie de cas (13 cas), elle a été pratiquée d'emblée dans les cas de petits ulcè-

res jeunes, hémorragiques. Elle avait pour but le traitement direct de la lésion et l'amélioration des résultats de la gastroentérostomie.

Dans une deuxième catégorie de cas (8 cas), il s'agissait d'ulcères qui présentaient, au moment de la gastroentérostomie, des caractères tels qu'une excrèse ultérieure par gastrectomie avait été décidée pour un second temps. Au cours de la réintervention, pratiquée systématiquement quinze jours ou trois semaines après, l'ulcère fut trouvé en telle voie d'amélioration que l'on se contenta de pratiquer une thermocautérisation à la Balfour. Dans un seul cas (Obs. n° 517), celle-ci fut pratiquée sur un ulcère non amélioré par la gastroentérostomie, mais difficilement extériorisable et dont la résection aurait été laborieuse.

Sur ces 21 cas, nous avons pu suivre 19 malades. 16 de ces malades ont été classés dans les bons résultats et 3 seulement dans les résultats médiocres. (Obs. n° 521, 524, 529). Encore est-il important de noter que dans tous ces cas les malades ont présenté quelques troubles dyspeptiques ou douloureux légers et en aucun cas de véritables douleurs rappelant le syndrome ulcéreux. Nous rappelons au contraire la fréquence de ces douleurs tardives persistant après la disparition des vomissements dans les résultats médiocres de la gastroentérostomie isolée.

En aucun cas, il n'a été noté d'échec vrai ou de développement ultérieur d'ulcère peptique ou récidivant. Mais nous faisons remarquer que ces inter-

ventions datent seulement actuellement de un à trois ans.

2. — *Gastroentérostomie et excision limitée*

L'excision de l'ulcère au niveau de la région pylorique est plus difficilement exécutable que le Balfour. Elle a été pratiquée, suivant les mêmes indications générales : 3 fois d'emblée et 2 fois comme intervention complémentaire pour un ulcère en voie de régression, au cours d'un second temps où l'on se proposait de faire une gastrectomie.

Cette intervention a été pratiquée 5 fois. Les 5 malades ont été retrouvés et sont tous guéris.

En somme, ces excisions et ces thermocautérisations ont donné de bons résultats. Mais il faut remarquer qu'elles ont été faites dans des circonstances très spéciales, soit d'emblée pour de petits ulcères que la gastroentérostomie seule, aurait peut-être guéris, soit dans un second temps pour des ulcères en voie de régression. Nous croyons que ces interventions partielles ne peuvent être opposées aux ulcères chroniques calleux, et qu'elles représentent une thérapeutique très incomplète, et ne mettent pas absolument à l'abri, soit des risques de cancérisation, soit de la persistance de lésions de gastrite, de spasme du pylore, de l'hyperchlorhydrie, qui peuvent être la cause de troubles ultérieurs ou de récidives du processus ulcéreux.

C. — Résultats des gastro-pylorectomies

La gastropylorectomie a été pratiquée dans 35 cas. Nous indiquons ci-dessous la nature des différentes interventions effectuées :

- 9 gastropylorectomies Billroth II en un temps,
avec 1 décès opératoire et 6 guérisons.
- 21 gastropylorectomies Billroth II en deux temps,
avec 12 guérisons et 4 échecs.
- 3 gastropylorectomies Péan,
avec 3 guérisons.
- 1 gastropylorectomie Kocher,
avec 1 guérison.
- 1 gastropylorectomie Polya,
avec 1 guérison.

La gastropylorectomie a donné une mortalité de 1 cas sur 35, soit 3 %, et ce cas est représenté par un malade opéré en un temps et mort de cachexie quinze jours après.

Le procédé le plus souvent employé est, comme on le voit, le procédé de Billroth, qui a été pratiqué 9 fois en un temps, le rétablissement de la continuité ayant été réalisé par une anastomose au bouton, qui a le grand avantage de la rapidité. Dans 21 cas, la gastropylorectomie a été faite en deux temps, le premier temps ayant consisté 11 fois en une gastroentérostomie au bouton, 10 fois en une gastroentérostomie à la suture, pratiquée haut et loin des lésions.

Sur ces 35 cas, nous avons pu suivre et retrouver 27 malades.

I) BONS RESULTATS. — Ces gastropylorectomies ont donné, dans 23 cas, c'est-à-dire dans 85,2 % des cas, des résultats parfaits. Nous sommes frappés, comme tous les auteurs, par la qualité de ces résultats : les malades n'ont aucun trouble. Seul, un malade (Obs. n° 507) a eu, au dix-huitième jour, une fistule gastrique que l'on a fermée un an après la gastropylorectomie. Pendant ce laps de temps, il allait parfaitement bien au point de vue gastrique.

II) RESULTATS MEDIOCRES. — Nous n'avons noté dans aucun cas de continuation de douleurs ou de troubles pouvant faire classer des malades dans les résultats médiocres ; alors qu'au contraire ces résultats médiocres se voyaient dans 6,9 % des cas après gastroentérostomie et dans 15,8 % des cas après Balfour. Si l'on tient compte du fait qu'il s'agit en général d'ulcères chroniques, calleux, anciens, on voit que la gastropylorectomie a donné des résultats fonctionnels parfaits, infiniment supérieurs à ceux fournis par les opérations palliatives, où dans un certain nombre de cas persistent des troubles immédiats, ou même se voient des accidents graves dus à la persistance de l'ulcère.

III) ECHECS. — Cependant nous avons noté 4 échecs, soit 14,8 % des 27 malades suivis.

Un malade (Obs. n° 500), après avoir été guéri deux ans, est mort trois ans après son intervention ; le Docteur DELORE avait porté le diagnostic de cancer gastrique. Il est probable qu'il s'agissait là d'un ul-

cère en voie de cancérisation dont l'exérèse, même large, n'a pas empêché l'apparition d'un néoplasme à trois ans de distance.

Un malade (Obs. n° 509), après avoir été guéri pendant deux ans et demi, s'est plaint de ballonnements et de digestions pénibles. Il a été réopéré au bout de trois ans, mais la laparotomie fut négative et n'expliqua pas ces troubles.

Deux malades (Obs. n°s 508 et 512) ont eu des ulcères peptiques trois ans après la gastropyloréctomie. L'un d'eux a été bien guéri après l'exérèse de cet ulcère; l'autre a continué de souffrir et l'on pense qu'un second ulcère peptique est la cause de ces douleurs, mais ce malade refuse une autre intervention.

Ces résultats de la pyloréctomie confirment bien les avantages théoriques de cette méthode, qui non seulement enlève la lésion ulcéreuse, mais aussi les lésions de gastrite étendue surajoutée; qui présente de plus l'avantage, en enlevant l'antrum pylorique atteint de lésions inflammatoires, de supprimer presque radicalement l'hypersécrétion et l'hyperchlorhydrie qui s'observent encore quelques fois malgré la gastroentérostomie.

Enfin, cette intervention supprime les ulcères multiples, ulcères qui se développent souvent le long de la petite courbure au-dessus de la lésion pylorique, avantage sur lequel notre Maître, le Docteur DELORE, a beaucoup insisté.

Il est important de noter cependant que la gastro-

pylorectomie n'a pas mis complètement à l'abri de la cancérisation ni de la récurrence; mais il faut faire remarquer ici qu'elle a été opposée aux ulcères calleux, anciens, alors que la gastroentérostomie a été plus souvent opposée à des ulcères jeunes et peu étendus. Les statistiques étrangères où la gastropylorectomie a été faite systématiquement dans de bien meilleurs cas, donnent une moindre proportion d'échecs.

Nous avons observé une cancérisation après gastropylorectomie; mais si l'on admet que dans les cas d'ulcères étendus, réséqués, la cancérisation est très fréquente, l'on peut admettre que pour un cas où elle a été insuffisante, la gastropylorectomie a cependant évité de nombreuses cancérisations.

Deux ulcères peptiques ont été observés, ce qui donne presque la même proportion que dans la gastroentérostomie. Cependant, il faut là encore faire observer que la gastropylorectomie s'adressait à des cas anciens, difficiles, avec altérations marquées de l'estomac, qu'elle n'a pas été peut-être toujours suffisamment large, et que, d'autre part, comme l'ont dit les auteurs étrangers, on observerait moins d'échecs en adoptant, pour rétablir la continuité, les procédés de Polya ou de Finsterer. Il ne faut pas cependant se dissimuler que les opérations les plus larges donnent malgré tout des ulcères peptiques. Nous en avons déjà cité des cas rapportés par des auteurs étrangers qui pratiquent ces interventions.

FINSTERER, qui résèque les deux tiers de l'estomac, n'avait pas eu, en 1923, un seul cas d'ulcère peptique

pour 233 résections par son procédé pour ulcère duodénal. Mais depuis il a rapporté des cas d'ulcère peptique survenus tardivement. D'autre part, il avait déjà, dès 1923, signalé des cas analogues survenus dans la pratique de nombreux chirurgiens allemands ou viennois (METGE, VON HABERER, etc...). Enfin, FRIEDMANN a rapporté récemment 7 récides survenues après 50 résections gastroduodénales.

Il semble bien qu'aucune méthode ne mette complètement à l'abri des ulcères peptiques et autres complications de la maladie ulcéreuse. Ces interventions larges ne peuvent, à ce point de vue, être considérées comme absolument radicales, ce qui justifie bien la tendance générale à ne les employer que dans les cas où elles sont indiquées par le caractère calleux de l'ulcère. La fréquence de leurs indications doit être aussi, d'autre part, envisagée d'après leur mortalité. Celle-ci est difficile à apprécier en ne tenant compte que des ulcères pyloroduodénaux. Nous avons déjà signalé, à propos du duodénum, que cette mortalité tend à s'abaisser, pour les auteurs qui pratiquent de nombreuses gastropylorectomies précoces, jusqu'à près de 3 %. Nous aurons à envisager de nouveau cette question à propos de l'ulcère de la petite courbure. Nous voulons surtout signaler ici que la gastropylorectomie pour ulcère pylorique, donc sténosant, nous semble avoir, de par ce fait, un facteur de gravité important. LECÈNE estime que la gastropylorectomie, telle qu'elle est pratiquée généralement pour les ulcères de la petite courbure, entraîne une mortalité d'environ 10 %. Cette morta-

lité devrait, à notre avis, être au moins aussi élevée dans les cas d'ulcères calleux sténosants du pylore. C'est pourquoi notre Maître, le Docteur DELORE, préconise de pratiquer la plupart du temps les gastropylorectomies pour ulcères pyloriques, en deux temps, tout au moins dans les cas où il existe un certain degré de sténose. Cette méthode entraîne la nécessité de pratiquer la pylorectomie selon le procédé de Billroth. Ses avantages sont tels qu'ils ne semblent pas devoir être même mis en balance avec les quelques inconvénients théoriques reprochés à ce procédé. Pratiquée en deux temps dans 21 cas, la gastropylorectomie n'a entraîné aucune mortalité. Dans ces conditions, il ne nous semble pas téméraire de préconiser l'emploi fréquent de la gastropylorectomie dans tous les ulcères pyloriques étendus présentant le caractère d'ulcères chroniques calleux.

Ce n'est que dans les cas où cette intervention serait techniquement très difficilement réalisable (adhérences étendues, état général du malade, etc...) que notre Maître, le Docteur DELORE, a recours à la simple gastroentérostomie, qui, comme nous l'avons vu, donne cependant souvent de bons résultats dans les ulcères même calleux du pylore.

D. — Résultats d'interventions diverses

Nous classons sous ce titre des interventions qui furent rarement pratiquées par notre Maître, le Docteur DELORE, et qui, par conséquent, ne méritent pas

une discussion aussi détaillée et dont on ne peut guère tirer de conclusions.

Il a été pratiqué :

2 fois une gastroentérostomie avec exclusion du pylore;

2 fois une excision isolée de l'ulcère;

6 fois une gastroentérostomie avec enfouissement de l'ulcère.

Exclusion du pylore. — Sur les deux malades, un n'a pu être suivi; l'autre (Obs. n° 549), pour lequel on pratiqua une exclusion par la méthode de section complète du pylore, eut un excellent résultat, maintenu un an après l'intervention.

Excision seule de l'ulcère. — Sur les deux malades qui ont subi cette intervention, un seul (Obs. n° 548) a pu être suivi. Il est parfaitement guéri depuis trois ans.

Gastroentérostomie avec enfouissement de l'ulcère. — Cette intervention a été pratiquée trois fois (Obs. n° 537, 538, 539) sur des malades venant à l'hôpital pour perforation d'ulcère. Ils sont tous trois bien guéris.

Trois autres fois, l'enfouissement fut pratiqué en dehors de toute perforation. Ces trois malades (Obs. n° 536, 540, 541) sont parfaitement bien guéris.

Nous avons déjà signalé, pour les ulcères du duodénum, les raisons pour lesquelles notre Maître, le Docteur DELORE, pratiquait cette intervention. Pour les ulcères pyloriques, les indications restent les mê-

mes : petit ulcère permettant de craindre une perforation secondaire et ne laissant à son niveau qu'une paroi extrêmement mince. Nous avons déjà vu le danger des perforations secondaires, due au tiraillement de l'estomac et du pylore dans les manœuvres opératoires, et dans ces trois cas, la préservation due à ce traitement préventif fut efficace.

E. — Résultats généraux

Les différentes interventions pratiquées ont donc donné les résultats suivants :

ULCÈRES DU PYLORE

Interventions pratiquées	Total général	Bons résultats	Résultats médiocres	Echecs	Décès opératoires	Malades non suivis
Gastroentérostomie seule	327	151 74,4 %	14 6,9 %	38 18,7 %	10 3 %	114
1° Suture.....	242	127 77,9 %	9 5,5 %	27 16,6 %	4 1,6 %	75
2° Bouton.....	85	24 60 %	5 12,5 %	11 27,5 %	6 7 %	39
Gastro + Balfour	21	15	4	0	0	2
Gastro + excision.....	5	5	0	0	0	0
Gastropyloréctomie Bilbroth II.	30	17 77 %	0	5 23 %	1 3 %	7
1° En 1 temps (GE bouton).....	9	6	0	0	1	2
2° En 2 temps (GE bouton).....	11	7	0	1	0	3
3° En 2 temps (GE suture).....	10	4	0	4	0	2
Autres gastropyloréctomies	5	5	0	0	0	0
Interventions diverses (2 exci- sion seules, 2 GE + exclusions; 6 GE + enfouissement).....	10	8	0	0	1	1
TOTAL	398	201 76,7 %	18 5,9 %	43 16,4 %	12 3 %	124

TABEAU II

Nous faisons remarquer que les chiffres de pourcentage calculés pour les différents résultats, bons, médiocres ou mauvais, l'ont été sur l'ensemble seulement des malades que nous avons pu suivre, tandis que la proportion de décès opératoires l'a été naturellement pour la totalité des opérations pratiquées.

Dans l'ensemble, le traitement a donc donné d'emblée :

76,7 % de guérisons.

6,9 % de résultats médiocres.

16,4 % d'échecs.

Mais nous faisons remarquer d'abord que les malades que nous avons classés comme résultats médiocres avaient cependant très largement bénéficié du traitement et que, d'autre part, les malades classés dans les échecs ont donné lieu, dans 32 cas, à des réinterventions et, dans 13 cas, un résultat final excellent. Ce qui fait que le traitement ainsi conçu a donné des résultats finaux modifiés de la façon suivante :

81,7 % de guérisons.

6,9 % de résultats médiocres.

11,4 % d'échecs.

Ces résultats nous semblent justifier en grande partie le traitement éclectique opposé aux ulcères pyloriques, dont les principes essentiels ont été de pratiquer la gastroentérostomie dans tous les cas de sténose purement cicatricielle, et même dans tous les cas de sténose mixte du pylore, tout au moins comme premier temps d'une intervention ultérieure.

Les petits ulcères jeunes, peu étendus, ont été traités par la gastroentérostomie, mais il semble certain que chaque fois qu'il est possible, l'adjonction du Balfour représente un progrès notable.

Enfin, la gastropyloréctomie a été opposée aux ulcères calleux; elle a été plus souvent pratiquée en deux temps et, étant donné sa mortalité minime dans ces conditions, nous n'hésitons pas à préconiser son emploi de plus en plus fréquent dans tous les ulcères présentant à un degré quelconque le caractère calleux, cette technique permettant certainement d'éviter au maximum, quoique non absolument, les récives de la maladie ulcéreuse.



CHAPITRE II

Conditions générales sur le traitement des ulcères duodéno-pyloriques

Nous donnons ci-dessous le tableau indiquant les résultats du traitement des ulcères pyloroduodénaux, tableau obtenu en réunissant les tableaux I et II.

ULCÈRES DUODÉNO-PYLORIQUES						
Interventions pratiquées	Total général	Bons résultats	Résultats médiocres	Echecs	Décès opératoires	Malades non suivis
Gastroentérostomie seule	460	219 74,3 %	22 7,4 %	54 18,3 %	11 2,4 %	154
1° Suture	338	177 77,3 %	15 6,6 %	37 16,1 %	4 1,1 %	105
2° Bouton	122	42 63,7 %	7 10,6 %	17 25,7 %	7 5,7 %	49
Gastro + exclusion du pylore ..	5	2	0	2	0	1
Gastro + enfouissement	12	11	0	1	0	0
Gastro + Balfour	32	22	4	1	0	5
Gastro + excision	5	5	0	0	0	0
Excision seule	2	1	0	0	1	0
Gastropylorectomies	39	24 80 %	0	6 20 %	2 5 %	7
TOTAL	555	284 76 %	26 7 %	64 17 %	14 2,5 %	167

TABEAU III

En réunissant les résultats obtenus dans le traitement des ulcères duodénaux et pyloriques, on arrive donc à un total de 76 % de guérisons obtenues par le traitement éclectique, mais où domine surtout la gastroentérostomie. Si l'on tient compte de ce que les malades classés dans les résultats médiocres sont cependant améliorés par l'intervention, on voit qu'il y a 83 % des malades ayant nettement bénéficié du traitement chirurgical. D'autre part, il est à remarquer que ce tableau ne tient pas compte des réinterventions. Si nous faisons le pourcentage des malades guéris ou améliorés après celles-ci, nous arrivons enfin à un total de 88,2 %.

La gastroentérostomie reste l'intervention principale à opposer aux ulcères duodénaux et pyloriques. Ceci corrobore ses bons résultats tels qu'ils ont été rapportés en France par de nombreux auteurs et tout récemment par HARTMANN; en Suisse, par ROUX. MOPPERT; en Allemagne, par KOCHER, etc... Tous ces auteurs rapportent des statistiques étendues préconisant la gastroentérostomie dans les ulcères duodénopyloriques et indiquent un pourcentage moyen de guérisons oscillant autour de 80 %.

Cette prédominance de la gastroentérostomie dans le traitement des ulcères duodénopyloriques est du reste encore généralement admise à l'étranger, malgré quelques tentatives retentissantes de traitement direct. Nous avons déjà dit ce qu'il fallait penser des duodéno-pyloro-gastrectomies larges de FINSTERER. Il est plus intéressant de savoir ce que sont devenues les tentatives de traitement direct par excision ou résection limitée préconisées à l'étranger.

Dans un travail très important publié récemment, BALFOUR a rapporté les résultats de 1.000 gastroentérostomies suivies depuis plus de 10 ans, pour ulcère duodénal, c'est-à-dire, selon notre classification, pour ulcère pyloro-duodénal, avec :

88 % de bons résultats.

12 % de mauvais résultats.

qui se décomposent ainsi :

3,5 % de malades non soulagés ;

5 % de récidives de l'hémorragie ;

3,5 % de retour de l'ulcère.

Ces 1.000 cas ont donné lieu à 56 interventions itératives, dont 32 pour ulcères récidivants, lesquels siègeaient 22 fois sur la bouche, 7 fois sur le duodénum, 3 fois sur l'estomac.

Nous tenons à citer les conclusions générales de Balfour : « Bien qu'il y ait quelques indications non « douteuses pour les procédés de pyloroplastie, de « gastroduodénostomie, particulièrement ceux de « Finney, de Ch. Mayo, d'Horsley ; pour l'excision locale seule ; pour les différents types de gastrectomie ; l'expérience de la Clinique Mayo a montré « que leurs indications étaient limitées. Pour l'ulcère « duodénal chronique, il a été fait, à la Clinique « Mayo, pendant ces 19 dernières années, 5.755 gastroentérostomies, 296 excisions locales avec ou sans « pyloroplastie ou gastroduodénostomie, et 43 résections. »

Pour l'auteur, aucune de ces opérations ne donne d'assurance absolue contre le retour de la maladie

ulcéreuse, et il semble absolument irrationnel de vouloir opposer systématiquement à une lésion bénigne, une opération grave.

De même MOYNIHAN, sur 531 cas d'ulcère duodénal, n'a pratiqué que 17 fois l'excision de l'ulcère et 28 fois la gastroduodénostomie.

On voit, en somme, que les différentes interventions locales ont été pratiquées à peu près dans la même proportion dans ces statistiques et dans la nôtre.

Le gros inconvénient reste les ulcères peptiques et récidivants, qui se présentent dans la proportion de 17,5 % pour les ulcères du duodénum, et de 58,8 % pour les ulcères du pylore. Nous avons vu que les interventions radicales ne mettaient pas absolument à l'abri de cette complication. Nous rappelons que la statistique de Balfour donne 3,5 %.

Enfin, en dehors des cas d'ulcère peptique, nous n'avons jamais été amené à pratiquer la dégastro-entérostomie. Balfour en a rapporté récemment 343 cas ; mais il s'agissait là de gastroentérostomies faites pour des lésions non ulcéreuses (131 cas) ou pour des lésions ulcéreuses (212 cas) ; mais alors, on pouvait incriminer, dans la majorité des cas, soit une faute de technique, soit un ulcère récidivant, peptique ou autre.

CHAPITRE III

Observations d'ulcère du pylore

§ 1. — *Gastroentérostomies à la suture*

OBS. 158. — (R. 2, p. 38). — Mme B... Anne, 49 ans. — La malade souffre et vomit depuis un an. Signes de rétention gastrique.

6 NOVEMBRE 1912. — INTERVENTION : On trouve sur le versant duodénal du pylore, une cicatrice indurée d'ulcère. Ganglions d'aspect inflammatoire situés vers la coronaire. Estomac dilaté, mais non épaissi. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — La malade a toujours souffert depuis son intervention : douleurs continuelles avec quelques exacerbations. Elle n'a jamais vomi. Actuellement elle a un néoplasme utérin qui serait à la fin de son évolution.

OBS. 159. — (R. 2, p. 210). — Mme B... Marie, 67 ans. — La malade souffre et vomit depuis 43 ans. Elle a eu récemment une hématemèse assez forte. Signes de sténose.

20 JANVIER 1913. — INTERVENTION : L'estomac est immense et très épais. Il porte 2 ulcères. Un médian sans sténose sur la petite courbure. L'autre au pylore, serré et en activité. Gastroentérostomie transmésocolique postérieure à la suture.

SUITES : La malade a été revue en 1925 en parfait état. Elle n'a jamais eu aucun trouble gastrique depuis son intervention.

OBS. 160. — (R. 7, p. 17). — Mme T... Toussaint, 29 ans. — L'affection actuelle a débuté il y a 6 mois par une hémorragie intestinale. Melæna fréquent. Signes de sténose.

20 SEPTEMBRE 1916. — INTERVENTION : L'estomac est grand, sans ulcère apparent, ainsi que le duodénum. On finit par trouver, sur la face postérieure de l'antra, une cicatrice nacréée et adhérente d'un vieil ulcère. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1917. — Guérison. La malade n'a eu aucun trouble. Elle a repris son poids normal.

OBS. 161. — (R. 8, p. 78). — Mme L... Louise, 40 ans. — Sténose pylorique. Pas de renseignements.

14 MARS 1917. — INTERVENTION : Estomac très dilaté et très épais. Ulcère suspylorique avec sténose. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — La malade a gardé un mauvais état général. Elle est toujours faible. Les douleurs sont maintenues. Elle a vomi quelquefois. Elle digère mal.

OBS. 162. — (R. 8, p. 158). — Mme Pey..., 40 ans. — Sténose pylorique. Pas de renseignements.

20 AVRIL 1917. — INTERVENTION : Sténose avancée. Gros ulcère prépylorique. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. La malade n'a jamais eu aucun trouble. Elle a repris son poids normal et travaille facilement.

OBS. 163. — (R. 9, p. 67). — Mlle D... Périne, 28 ans. — Sténose pylorique datant de 10 ans.

4 JUILLET 1917. — INTERVENTION : L'estomac est très grand et un peu épaissi. On trouve un ulcère paraissant cicatrisé sur la petite courbure, tout contre le pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Le résultat a été parfait jusqu'il y a 1 an. La malade ne ressentait aucun trouble; elle avait pris 30 kg. Mais depuis 1 an elle commence à perdre ses forces et à maigrir. Elle ne ressent rien à son estomac cependant.

OBS. 164. — (R. 11, p. 93). — Mme Gré..., 41 ans. — Pas de renseignements antérieurs.

11 AVRIL 1918. — INTERVENTION : L'estomac est dilaté, ptosé, peu épaissi. On trouve un ulcère du versant duodénal du pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. La malade n'a jamais senti aucun trouble. Elle a pris 12 kg.

OBS. 165. — (R. 12, p. 63). — Mme Val..., 43 ans. — La malade souffre et vomit depuis 15 ans. Sténose pylorique.

1^{er} OCTOBRE 1918. — INTERVENTION : On trouve un ulcère prépylorique cicatrisé. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Décès en 17 jours de cause inconnue.

OBS. 166. — (R. 14, p. 22). — Mlle L... Marie, 44 ans. — La malade souffre depuis 20 ans et a eu quelques hématomèses.

16 MARS 1920. — INTERVENTION : L'estomac est dilaté mais non épaissi. On trouve une petite induration sur la face postérieure du pylore, sous la veine pylorique. Il s'agit manifestement d'un ulcère du versant duodénal du pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — La malade continue de souffrir légèrement. Elle a cependant pris 10 kg., mais son état général est médiocre.

OBS. 167. — (R. 14, p. 222). — Mme M... Antoinette, 26 ans. — La malade souffre et vomit depuis 2 ans.

15 JANVIER 1921. — INTERVENTION : L'estomac est flasque. Tout l'antra pylorique est rouge et un peu épaissi. On trouve un petit ulcère au niveau de la partie supérieure du pylore. Gastroentérostomie postérieure-transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — La malade se considère comme guérie. Cependant elle souffre de l'estomac si elle s'écarte de son régime. Elle a eu deux enfants depuis son opération, et a un état général excellent.

OBS. 168. — (R. 16, p. 86). — Mme J... Marie, 65 ans. — Sténose pylorique. Pas de renseignements antérieurs.

7 NOVEMBRE 1922. — INTERVENTION : L'estomac est très grand et très épaissi. On trouve un ulcère très sténosant du pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — La malade est actuellement en traitement à l'hôpital de Villeurbanne pour sénilité. Elle est complètement guérie au point de vue gastrique ; ses digestions se font parfaitement. Elle a repris un peu de poids.

OBS. 169. — (R. 17, p. 151). — Mme B... Augustine, 46 ans. — La malade souffre et vomit depuis 4 ans. Elle a eu plusieurs hématomés.

19 FÉVRIER 1924. — INTERVENTION : L'estomac est dilaté. On trouve un ulcère sténosant du pylore. Large gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. La malade n'a aucun trouble. Elle a pris 10 kg. et travaille facilement.

OBS. 170. — (R. 18, p. 114). — Mme B... Jeanne, 44 ans. — La malade souffre depuis 15 ans. Ne vomit pas.

29 SEPTEMBRE 1924. — INTERVENTION : On trouve un petit ulcère non induré sous-pylorique. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Le résultat est nul. La malade souffre autant qu'avant l'opération, et ses douleurs ont les mêmes caractères. Elle ne digère rien et n'a aucune force.

OBS. 171. — (R. 19, p. 49). — Mme Cou..., 40 ans. — La malade souffre depuis 1 an; ne vomit pas.

28 MAI 1925. — INTERVENTION : L'estomac est épaissi. Sur le bord postérieur du pylore, on trouve un ulcère induré couvert par des adhérences péritonéales. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. La malade n'a absolument aucun trouble. Elle a pris 2 kg. et travaille.

OBS. 172. — (R. 1, p. 156). — M. B... Jean, 17 ans. — Le malade souffre depuis 1 an. Il a quelques vomissements.

4 MARS 1912. — INTERVENTION : On trouve un ulcère adhérent du versant duodénal du pylore, face postérieure. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a repris son poids normal et travaille.

OBS. 173. — (R. 2, p. 289). — M. V... Joseph, 50 ans. — Le malade souffre depuis 10 ans. Sténose pylorique.

11 JANVIER 1913. — INTERVENTION : On trouve un petit ulcère rond du pylore. Périgastrite. Il y a de petits ganglions de la grande courbure. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble gastrique et digère très bien. Il est à signaler qu'il a une hémiparésie droite depuis 2 ans.

OBS. 174. — (R. 2, p. 537). — M. L... Claude, 57 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 10 ans.

23 MAI 1913. — INTERVENTION : On trouve un ulcère très dur du versant duodénal du pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Sa femme nous apprend que le malade était bien guéri au point de vue gastrique, mais qu'il est mort accidentellement en 1918.

OBS. 175. — (R. 3, p. 147). — M. M... Benoît, 57 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 20 ans.

27 NOVEMBRE 1913. — INTERVENTION : On trouve un ulcère pylorique induré cicatrisé, avec quelques petits ganglions. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Le malade continue à souffrir souvent de l'estomac; il a des douleurs tardives, aussi fortes qu'avant, mais ne vomit pas. Il a perdu 6 kg. et travaille très difficilement.

OBS. 176. — (R. 3, p. 157). — M. P... Pierre, 46 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 4 ans.

10 DÉCEMBRE 1913. — INTERVENTION : On trouve un ulcère pylorique très vascularisé. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Le malade a toujours souffert depuis son opération et continue à vomir. Ses digestions sont très mauvaises. Anorexie et affaiblissement assez marqués.

OBS. 177. — (R. 3, p. 169). — M. B... Denis, 44 ans. — Le malade a déjà été opéré en 1908 par le Docteur Gayet qui lui a fait une gastro au bouton. Mais les douleurs et les vomissements ont repris il y a 6 mois.

5 JANVIER 1914. — INTERVENTION : La face antérieure du pylore est très adhérente. Ce devait être le siège de l'ancien ulcère. Sur la face inférieure du duodénum on trouve un ulcère en évolution. Au

niveau de la bouche de gastro on trouve la cicatrice d'un ulcère gastro-jéjunal qui la rétrécit un peu. On fait une large gastroentérostomie postérieure transmésocolique, à la suture.

MARS 1927. — Le malade est très satisfait du résultat. Il digère bien et ne souffre pour ainsi dire plus. Il éprouve à peine de temps en temps quelques tiraillements.

OBS. 178. — (R. 3, p. 179). — M. V... Jean, 31 ans. — Le malade souffre de l'estomac depuis 10 ans. Il a des vomissements de sténose depuis 2 mois.

13 JANVIER 1914. — INTERVENTION : L'estomac est épaissi. Ulcère pylorique. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a jamais ressenti aucun trouble. Il a pris 18 kg, et travaille très facilement.

OBS. 179. — (R. 5, p. 50). — M. R... Cyprien, 45 ans. — Sténose pylorique. Pas de renseignements antérieurs.

15 MARS 1916. — INTERVENTION : L'estomac est grand et épaissi. Au-dessus du pylore on trouve un gros ulcère s'irradiant et très adhérent. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. Le malade ne ressent aucun trouble. Il a repris son poids normal et fait son travail facilement.

OBS. 180. — (R. 5, p. 57). — M. C... François, 57 ans. — Sténose pylorique. Pas de renseignements antérieurs.

1^{er} AVRIL 1916. — INTERVENTION : L'estomac est grand et épaissi. Sur l'antrum pylorique on trouve un gros ulcère adhérent, déterminant une sténose. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Décès en 48 h., sans vérification.

OBS. 181. — (R. 5, p. 64). — M. G... Joanny, 47 ans. — Sténose pylorique. Pas de renseignements antérieurs.

17 AVRIL 1916. — INTERVENTION : L'estomac est dilaté et épaissi. On trouve un ulcère pylorique ancien et sténosant. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. Le malade ne ressent aucun trouble. Il a repris son poids normal et peut faire son travail.

OBS. 182. — (R. 5, p. 66). — M. L... Gabriel, 33 ans. — Sténose pylorique. Pas de renseignements antérieurs.

22 AVRIL 1916. — INTERVENTION : Ulcère pylorique paraissant cicatrisé mais provoquant une sténose très serrée. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Le malade a conservé des digestions lentes et pénibles. Il a des douleurs le soir. Il a cependant pris 4 kg., mais est assez faible.

OBS. 183. — (R. 7, p. 1). — M. C... Jean, 59 ans. — Sténose pylorique. Pas de renseignements antérieurs.

20 JUIN 1916. — INTERVENTION : L'estomac est gros et épaissi. Ulcère pylorique. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Le malade n'a jamais souffert depuis l'intervention. Il a de temps en temps un vomissement bilieux, mais il digère très facilement. Il a pris 5 kg. et peut faire un travail assez pénible.

OBS. 184. — (R. 7, p. 137). — M. C... Charles, 43 ans. — Sténose pylorique. Pas de renseignements antérieurs.

8 NOVEMBRE 1916. — INTERVENTION : L'estomac est grand et très épais. On trouve un ulcère pylorique sténosant avec tendance à la cicatrisation. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a pris 10 kg. et travaille facilement.

OBS. 185. — (R. 7, p. 143). — M. D... Henri, 54 ans. — Le malade souffre depuis 17 ans. Sténose pylorique.

14 NOVEMBRE 1916. — INTERVENTION : Le malade est très cachectique. On trouve une sténose pylorique très accentuée due à un ulcère pylorique à peu près cicatrisé. Gastroentérostomie postérieure trans-mésocolique à la suture.

SUITES : Le malade va parfaitement bien pendant 1 an. Puis reprise des douleurs, mais sans vomissements.

16 OCTOBRE 1919. — INTERVENTION : On trouve que la bouche de gastro est indurée par une cicatrice rétractile. On est obligé de réséquer 5 cm. d'intestin après avoir complètement séparé celui-ci de l'estomac. Le bout inférieur est réimplanté dans l'estomac. Le bout supérieur est anastomosé en Y à l'intestin par un bouton.

SUITES : Parfaites pendant 1 an. Puis le malade se remet à souffrir, sans vomissements.

20 OCTOBRE 1921. — INTERVENTION : On trouve un ulcère peptique du jéjunum, situé à 2 cm. au-dessous de la bouche de gastro. On résèque cet ulcère et on ferme l'intestin par une suture à 3 plans.

SUITES : Parfaites pendant 5 mois. Puis reprise des douleurs, toujours sans vomissements.

26 JUIN 1922. — INTERVENTION : On trouve encore un ulcère peptique du jéjunum situé à 2 cm. de la bouche de gastro. On résèque cet ulcère et on ferme l'intestin par une suture à 3 plans. On complète l'intervention par une jéjuno-jéjunostomie au bouton.

MARS 1927. — Depuis la dernière intervention, c'est-à-dire depuis 5 ans, le malade n'a jamais souffert. Ses fonctions digestives sont normales. Il a pris 3 kg. et travaille facilement.

OBS. 186. — (R. 7, p. 239). — M. L... Claude, 49 ans. — Sténose pylorique. Pas de renseignements antérieurs.

31 JANVIER 1917. — INTERVENTION : On trouve un ulcère cicatrisé et sténosant du versant duodénal

du pylore, adhérent. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Parfaites pendant 5 ans. Puis reprise des douleurs, sans vomissements.

2 FÉVRIER 1924. — INTERVENTION : On trouve un ulcère peptique de la bouche de gastro. On excise l'ulcère et on refait la gastroentérostomie à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 187. — (R. 8, p. 206). — M. Br..., 48 ans. — Le malade vomit depuis 3 mois. Sténose pylorique.

26 JUILLET 1917. — INTERVENTION : On trouve sur le versant duodénal du pylore une cicatrice d'ulcère, sténosante. Un autre ulcère presque cicatrisé est trouvé sur la petite courbure. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a jamais eu aucun trouble. Il a repris son poids normal.

OBS. 188. — (R. 8, p. 220). — M. E... Louis, 59 ans. — Sténose pylorique datant de 10 ans.

4 AOÛT 1917. — INTERVENTION : On trouve un ulcère pylorique en activité. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a pas le moindre trouble. Il a repris son poids normal et fait facilement son travail.

OBS. 189. — (R. 9, p. 134). — M. G... Jean, 50 ans. — Le malade vomit depuis 8 ans. Sténose pylorique.

22 DÉCEMBRE 1917. — INTERVENTION : On trouve un ancien ulcère du pylore cicatrisé, avec de nombreuses brides entre l'estomac, le foie et l'arrière cavité. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a jamais eu aucun trouble. Il a pris 6 kg. et travaille.

OBS. 190. — (R. 9, p. 243). — M. B... Etienne, 43 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 3 ans. Sténose pylorique.

27 MAI 1918. — INTERVENTION : On trouve un ulcère suspylorique avec sténose. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a jamais eu le moindre trouble. Il a pris 20 kg. et fait son travail facilement.

OBS. 191. — (R. 10, p. 7). — M. G... Joseph 35 ans. — Pas de renseignements antérieurs.

22 JUIN 1918. — INTERVENTION : On trouve un ulcère pylorique en activité. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a pris 6 kg. et fait facilement un travail assez pénible.

OBS. 192. — (R. 8, p. 250). — M. C... Claude, 49 ans. — Pas de renseignements antérieurs.

28 AOUT 1917. — INTERVENTION : Péritonite brusque ayant débuté la veille. Laparotomie : on trouve du pus dans le ventre, qui semble venir de l'estomac ou du duodénum. Drainage.

SUITES : Le malade guérit simplement. Il recommence à souffrir et à vomir en Septembre 1918.

15 OCTOBRE 1918. — INTERVENTION : On trouve un ulcère pylorique fixé profondément, et impossible à extérioriser. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Parfaites jusqu'en 1920. Puis le malade se plaint de régurgitations acides.

21 NOVEMBRE 1922. — INTERVENTION : On trouve un ulcère peptique de la bouche de gastro. On l'excise, on refait la bouche à la suture, et on termine par une jéjuno-jéjunostomie complémentaire.

SUITES : Le malade a été revu parfaitement guéri en 1925. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 193. — (R. 10, p. 97). — M. B... Jules, 55 ans. — Le malade souffre depuis 4 ans et a des vomissements quotidiens.

7 NOVEMBRE 1918. — INTERVENTION : L'estomac est très épaissi. On trouve un gros ulcère prépylorique adhérent en arrière. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a pris 15 kg. et travaille facilement.

OBS. 194. — (R. 10, p. 105). — M. J... Claude, 54 ans. — Le malade vomit depuis longtemps.

24 NOVEMBRE 1918. — INTERVENTION : L'estomac est un peu épaissi et très dilaté. On trouve une cicatrice d'ancien ulcère fixant le pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Parfaites pendant 2 ans. Puis le malade revient pour des coliques très violentes. Cependant, dit-il, il digère très bien et ne vomit pas.

25 MAI 1921. — INTERVENTION : L'estomac semble normal. Le vieil ulcère paraît guéri. On trouve un ulcère peptique de la bouche de gastro, avec fistule jéjuno-colique. On arrive à séparer les uns des autres les 3 organes (estomac, côlon, jéjunum) et on suture les 3 orifices ainsi obtenus après avoir excisé les parties ulcérées. On refait une nouvelle gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 195. — (R. 10, p. 139). — M. P... Julien, 35 ans. — Le malade souffre depuis 2 ans, mais ne vomit pas.

11 JANVIER 1919. — INTERVENTION : L'estomac est un peu dilaté mais non épaissi. Sur le versant duodénal du pylore, on trouve une cicatrice de vieil ulcère provoquant peu de sténose. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Le malade a continué à souffrir pendant près de 1 an. Ensuite, il est allé très bien; il

ne souffrait ni ne vomissait plus. Mais il s'est affaibli, il a maigri et se plaint de tiraillements dans le ventre. Il a vu, en 1926, un médecin qui n'a rien trouvé d'anormal.

OBS. 196. — (R. 11, p. 150). — M. W... Jules, 56 ans. — Le malade souffre depuis 1 an. Il a des vomissements fréquents.

6 JUILLET 1914. — INTERVENTION : L'estomac est œdématié. On trouve un ulcère pylorique dur, adhérent au pancréas. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Parfaites pendant 1 an. Puis le malade recommence à souffrir et à vomir.

11 JUIN 1917. — INTERVENTION : On trouve un ulcère peptique de la bouche de gastro. On l'excise et on refait la gastroentérostomie à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 197. — (R. 12, p. 206). — M. B... Paul, 59 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 5 ans.

20 AOÛT 1920. — INTERVENTION : L'estomac n'est pas très épaissi. On trouve un ulcère prépylorique et un autre petit ulcère de la petite courbure. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a pris 22 kg et travaille assez facilement.

OBS. 198. — (R. 12, p. 232). — M. R... Jean, 27 ans. — Le malade souffre depuis 5 ans et vomit depuis 1 an.

15 SEPTEMBRE 1920. — INTERVENTION : On trouve un ulcère pylorique sténosant. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a pris 30 kg et fait facilement un travail très pénible (mineur).

OBS. 199. — (R. 13, p. 49). — M. B... Louis, 63 ans. — Le malade souffre depuis 10 mois. Il vient pour un melæna.

10 FÉVRIER 1921. — INTERVENTION : L'estomac est épaissi et très dilaté. On trouve un ulcère prépylorique adhérent. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a pris 20 kg et travaille.

OBS. 200. — (R. 13, p. 50). — M. A... Jean, 44 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 25 ans.

11 FÉVRIER 1921. — INTERVENTION : L'estomac est épaissi. On trouve des cicatrices d'anciens ulcères au niveau du pylore. Sur le pylore également est un ulcère encore en activité, impossible à enlever. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble; il a repris son poids normal et travaille.

OBS. 201. — (R. 13, p. 51). — M. M... Jules, 52 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 6 ans. Ses douleurs et ses vomissements sont nettement aggravés depuis 6 mois.

14 FÉVRIER 1921. — INTERVENTION : L'estomac est épaissi et dilaté. On trouve un ulcère sténosant du pylore en voie de cicatrisation. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a pris 10 kg et peut travailler.

OBS. 202. — (R. 13, p. 56). — M. P... Claude, 47 ans. — Le malade souffre depuis 22 ans.

25 FÉVRIER 1921. — INTERVENTION : On trouve au niveau du pylore un ulcère presque cicatrisé, et fortement fixé. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a pris 15 kg et travaille.

OBS. 203. — (R. 13, p. 215). — M. B... Auguste, 33 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 3 mois.

2 SEPTEMBRE 1921. — INTERVENTION : On trouve un ulcère prépylorique adhérent. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a repris son poids normal et peut faire un travail très pénible.

OBS. 204. — (R. 13, p. 231). — M. B... Marc, 44 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 3 ans. Il a eu plusieurs hématomèses.

28 SEPTEMBRE 1921. — INTERVENTION : On trouve un ulcère du versant duodénal du pylore. L'épiploon est adhérent. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Le malade continue à souffrir 1 h. après les repas. Il vomit des glaires tous les jours et digère mal. Etat général médiocre.

OBS. 205. — (R. 14, p. 18). — M. O... Jean, 43 ans. — Le malade souffre depuis 7 ans et a des vomissements abondants.

14 JANVIER 1922. — INTERVENTION : L'estomac est très grand et très épaissi. On trouve un énorme ulcère du pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Pendant 2 ans, le malade a continué à souffrir et à vomir comme avant. Puis il a suivi un traitement homéopathique qui l'a complètement guéri en l'espace de 6 mois.

OBS. 206. — (R. 14, p. 202). — M. D... Pierre, 59 ans. — Le malade souffre depuis 12 ans. Ses douleurs se sont aggravées et il s'est mis à vomir depuis 6 mois.

15 SEPTEMBRE 1922. — INTERVENTION : On trouve un ulcère pylorique très adhérent, avec sténose. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Parfaites jusqu'en juillet 1924. Puis, reprise de douleurs et de vomissements fréquents.

18 SEPTEMBRE 1924. — INTERVENTION : L'ulcère prépylorique est guéri. Il y a des adhérences au pancréas. On ouvre l'estomac : on ne trouve pas d'ulcère; la muqueuse est rouge; on le referme. On se porte vers la bouche de gastro que l'on ouvre: on trouve une petite ulcération à la jonction des deux muqueuses. On refait la gastroentérostomie après avoir excisé cet ulcère.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a repris son poids normal et travaille.

OBS. 207. — (R. 14, p. 207). — M. M.-G... Jean, 46 ans. — Le malade souffre depuis 3 mois; il ne vomit pas.

25 SEPTEMBRE 1922. — INTERVENTION : Il y a des adhérences autour du duodénum et du pylore. On trouve un assez gros ulcère du versant duodénal du pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture, très difficile.

MARS 1927. — Le malade a été amélioré quelque temps. Puis il a recommencé à souffrir. En réalité, il ne se plaint pas de douleurs vraies, mais plutôt de ballonnement. Il a pris 10 kg et a un excellent état général.

OBS. 208. — (R. 14, p. 250). — M. A... Johanny, 40 ans. — Le malade souffre depuis 10 ans. Il ne vomit pas. Ses douleurs se sont aggravées depuis 1 an.

16 NOVEMBRE 1922. — INTERVENTION : On trouve un ulcère de la petite courbure juxta-pylorique en voie de cicatrisation, très adhérent. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble à condition de prendre des précautions alimentaires. Il a repris son poids normal et fait son travail.

OBS. 209. — (R. 14, p. 272). — M. F... Pierre, 35 ans. — Le malade souffre depuis 15 ans et vomit depuis 5 mois.

7 DÉCEMBRE 1922. — INTERVENTION : L'estomac est grand et épaissi. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture, pour un ulcère pylorique.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a repris son poids normal et travaille.

OBS. 210. — (R. 15, p. 33). — M. M... Philibert, 49 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 15 ans. Il a eu une hématoméose il y a 2 ans.

8 FÉVRIER 1923. — INTERVENTION : On trouve un ulcère du pylore s'étendant du côté du duodénum et presque cicatrisé, provoquant une sténose très serrée. L'estomac est épaissi. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Les suites furent parfaites pendant 6 mois. Puis reprise des douleurs : douleurs tardives, arrivant vers les 17 h., calmées par l'ingestion d'aliments. Il eut plusieurs hématoméoses, les deux dernières en Mars et Août 1926. Il n'a jamais eu de vomissements alimentaires. Il est obligé de recourir aux soins constants d'un médecin.

OBS. 211. — (R. 15, p. 58). — M. B... Aristide, 27 ans. — Le malade souffre depuis 7 ans; il a quelques rares vomissements.

12 MARS 1923. — INTERVENTION : On trouve un ulcère du versant duodénal du pylore, adhérent et fixé. A cause de la sclérose et de la rétraction du mésocolon, on fait une gastroentérostomie postérieure précolique à la suture.

MARS 1927. — Le malade continue à souffrir un peu de temps en temps, mais ne vomit pas. Son poids n'a pas varié. Il n'est pas très fort et ne peut plus travailler.

OBS. 212. — (R. 15, p. 68). — M. P... Joseph, 60 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 15 ans.

22 MARS 1923. — INTERVENTION : Périgastrite étendue et adhérences. On trouve un ulcère du versant duodénal du pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a pris 20 kg et travaille facilement.

OBS. 213. — (R. 15, p. 70). — M. M... Victor, 42 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 10 ans.

23 MARS 1923. — INTERVENTION : L'estomac est grand et épaissi. On trouve un ulcère du versant duodénal du pylore. Il est postérieur et fixé, très difficile à enlever. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Le malade digère bien et ne vomit plus. Il souffre encore de temps en temps 3 à 4 h. après les repas, mais beaucoup moins qu'avant l'opération. Il a repris son poids normal et travaille facilement.

OBS. 214. — (R. 15, p. 145). — M. B... Jean, 43 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 10 ans. Sténose pylorique.

15 JUIN 1923. — INTERVENTION : On trouve un ulcère prépylorique avec périgastrite étendue. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : On apprend que le malade est mort le 15 Août 1923, après de grosses souffrances.

OBS. 215. — (R. 15, p. 148). — M. T... Dumas, 41 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 13 ans.

18 JUIN 1923. — INTERVENTION : On trouve un ulcère du versant duodénal du pylore, peu mobile. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a pris 12 kg et travaille facilement.

OBS. 216. — (R. 15, p. 154). — M. B... François, 51 ans. — Le malade souffre depuis 15 ans. Il a des vomissements fréquents.

27 JUIN 1923. — INTERVENTION : L'estomac est grand et épaissi. On trouve une cicatrice d'ulcère sur la face antérieure du pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble à la condition de suivre un régime; sinon, il souffre et a des vomissements glaireux. Il a pris 4 kg et travaille facilement.

OBS. 217. — (R. 15, p. 174). — M. F... Jean, 53 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 5 ans.

18 JUILLET 1923. — INTERVENTION : L'estomac est épaissi. On trouve un ulcère pylorique sténosant. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a pris 14 kg et travaille facilement.

OBS. 218. — (A. 15, p. 240). — M. C... Louis, 61 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 6 ans.

27 SEPTEMBRE 1923. — INTERVENTION : L'estomac est énorme et épaissi. On trouve un ulcère du pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a pris 4 kg et travaille facilement.

OBS. 219. — (R. 15, p. 245). — M. P... François, 55 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 25 ans. Il a eu une hématemèse il y a 3 mois.

2 OCTOBRE 1923. — INTERVENTION : L'estomac est épaissi. On trouve un ulcère prépylorique qui a rongé une grande partie de la petite courbure. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Parfaites jusqu'en avril 1925. Puis, reprise des douleurs et des vomissements.

10 JUIN 1925. — INTERVENTION : La bouche de gastro est normale. L'ulcère paraît cicatrisé. Mais l'anse sous-jacente à la bouche de gastro paraît serrée par des voiles membraneux. On fait une jéjuno-jéjunostomie à la suture.

MARS 1927. — L'état du malade est resté inchangé par la deuxième intervention. Il souffre comme avant. Il a des vomissements glaireux, non alimentaires. Il a un peu maigri et est assez faible.

OBS. 220. — (R. 15, p. 301). — M. M... Jacques, 53 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 12 ans.

5 DÉCEMBRE 1923. — INTERVENTION : L'estomac est grand et épaissi. On trouve un ulcère sténosant du versant duodénal du pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a repris son poids normal et peut faire son travail facilement.

OBS. 221. — (R. 16, p. 1). — M. F... Gustave, 41 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 4 ans.

14 DÉCEMBRE 1923. — INTERVENTION : L'estomac est grand et épaissi. On trouve un ulcère pylorique sténosant. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a pris 12 kg et travaille facilement.

OBS. 222. — (R. 16, p. 24). — M. M... Joseph, 53 ans. — Le malade souffre depuis 30 ans. Vomissements fréquents.

18 JANVIER 1924. — INTERVENTION : On trouve un ulcère du versant duodénal du pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Décès le 27 janvier 1924 par suite de pneumonie.

OBS. 223. — (R. 16, p. 54). — M. B... Léon, 50 ans. — Le malade souffre depuis 3 ans. Il a quelques vomissements.

20 FÉVRIER 1924. — INTERVENTION : On trouve un ulcère pylorique très adhérent. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a repris son poids normal et peut travailler.

OBS. 224. — (R. 16, p. 67). — M. M... Jean, 57 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 20 ans.

5 MARS 1924. — INTERVENTION : On trouve un ulcère prépylorique très épaissi. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. Le malade ne ressent aucun trouble net. C'est à peine s'il se plaint que ses digestions sont un peu lourdes. Il a pris 5 kg et peut faire son travail facilement.

OBS. 225. — (R. 16, p. 132). — M. L... Vincent, 45 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 12 ans.

9 MAI 1924. — INTERVENTION : L'estomac est grand et un peu épaissi. On trouve un ulcère du versant duodénal du pylore, fissuré et bouché par le pancréas. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a jamais ressenti aucun trouble. Il a pris 3 kg, et peut faire son travail facilement.

OBS. 226. — (R. 16, p. 156). — M. T... Antonin, 29 ans. — Le malade souffre depuis 10 ans. Il eut une hématomèse il y a 2 mois.

28 MAI 1924. — INTERVENTION : On trouve un petit ulcère sous-pylorique. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — On apprend que le malade est décédé accidentellement chez lui le 17 avril 1926. Il a continué à souffrir un peu, mais digérait assez bien.

OBS. 227. — (R. 16, p. 199). — M. K... Joseph, 49 ans. — Le malade souffre depuis 6 ans. Il a commencé à vomir il y a 3 semaines.

8 JUILLET 1924. — INTERVENTION : L'estomac est très grand et très épaissi. On trouve un ulcère du pylore ayant provoqué une cicatrice froncée avec perte de substance étendue. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — La première année après l'intervention a été parfaite. Puis, apparurent quelques troubles de la digestion cédant facilement au bismuth. L'état général du malade est très bon. Celui-ci a pris 10 kg et travaille facilement.

OBS. 228. — (R. 16, p. 254). — M. C... Joseph, 35 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 8 ans.

3 SEPTEMBRE 1924. — INTERVENTION : L'estomac est grand mais non épaissi. On trouve un ulcère du versant duodénal du pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. Le malade se plaint seulement que ses digestions sont un peu pénibles, mais il ne souffre pas ni ne vomit. Son état général est satisfaisant.

OBS. 229. — (R. 16, p. 276). — M. A... Louis, 24 ans. — Le malade souffre depuis 3 ans. Il vomit absolument tout depuis 10 jours.

20 SEPTEMBRE 1924. — INTERVENTION : On trouve un ulcus pylorique enflammé. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a pris 10 kg et travaille facilement.

OBS. 230. — (R. 17, p. 6). — M. L... Emile, 25 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 6 ans.

20 OCTOBRE 1924. — INTERVENTION : L'estomac est dilaté, non épaissi. On trouve un ulcère du versant duodénal du pylore froncé et induré. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture,

SUITES : Parfaites jusqu'en Décembre 1926 où reprennent les douleurs et les vomissements.

6 DÉCEMBRE 1926. — INTERVENTION : La bouche de gastro est normale. On ne trouve rien qui puisse expliquer les vomissements. On referme.

SUITES : Guérison opératoire. Le malade part chez lui fin Janvier 1927, allant bien et ne vomissant plus.

OBS. 231. — (R. 17, p. 26). — M. G... Gugliemo, 31 ans. — Le malade souffre depuis 3 ans; il ne vomit pas.

4 NOVEMBRE 1924. — INTERVENTION : On trouve un ulcère dur et adhérent du versant duodénal du pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Les douleurs sont revenues, mais moins fortes qu'avant l'opération, au bout de 3 mois, à la suite de la cessation du régime. Celui-ci les a calmées facilement. Depuis 3 mois, le malade a de nouveau cessé de suivre son régime et recommence à souffrir. Il a cependant repris son poids normal. Excellent état général.

OBS. 232. — (R. 17, p. 117). — M. B... Léonard, 33 ans. — Le malade souffre depuis 3 ans; il ne vomit pas.

14 JANVIER 1925. — INTERVENTION : L'estomac est un peu grand. L'antra pylorique est rouge et induré. Le duodénum est fixé. On trouve un ulcère en activité, avec une grosse inflammation tout autour. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. De temps en temps, le malade se plaint que sa cicatrice soit un peu douloureuse. Mais il digère parfaitement bien. Il a repris son poids normal et travaille.

OBS. 233. — (R. 17, p. 122). — M. L... Jean, 30 ans. — Le malade souffre depuis 2 ans; il ne vomit pas.

18 JANVIER 1925. — INTERVENTION : On trouve un ulcère pylorique dur et sténosant. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. Le malade a des digestions un peu pénibles, mais ni douleurs, ni vomissements. Il a repris son poids normal et travaille. Bon état général.

OBS. 234. — (R. 17, p. 123). — M. D... Jean, 34 ans. — Le malade souffre depuis 15 ans et vomit depuis 5 ans.

18 JANVIER 1925. — INTERVENTION : L'estomac est un peu grand. On trouve un ulcère sténosant du pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a pris 3 kg et travaille facilement.

OBS. 235. — (R. 17, p. 146). — M. D... Claude, 37 ans. — Le malade souffre depuis 2 ans. Il ne vomit pas.

29 JANVIER 1925. — INTERVENTION : On trouve un ulcère du versant duodénal du pylore, assez sténosant. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Le malade conserve quelques troubles dyspeptiques, avec légères douleurs 1 h. après le repas. Il a pris 10 kg et travaille facilement. Excellent état général.

OBS. 236. — (R. 18, p. 61). — M. F... Jean, 47 ans. — Le malade souffre depuis 6 ans et vomit depuis 3 mois. Sténose pylorique.

1^{er} OCTOBRE 1925. — INTERVENTION : L'estomac est énorme et épaissi. On trouve un ulcère pylorique en voie de cicatrisation. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : On apprend le décès du malade le 23 février 1927, de bacillose pulmonaire. D'après les renseignements reçus, il n'a absolument pas souffert de l'estomac depuis l'intervention.

OBS. 237. — (R. 18, p. 123). — M. R... Jean, 59 ans. — Le malade a été opéré il y a 17 ans par le Docteur Durand, qui lui a fait une gastroentérostomie pour ulcère gastrique. Depuis 6 mois, il se plaint de crises coliques irrégulières suivies de débâcle.

22 DÉCEMBRE 1925. — INTERVENTION : L'ulcère primitif du pylore est cicatrisé. Il n'y a rien à signaler sur l'estomac. La bouche de gastro est le siège d'un ulcère peptique qui a perforé le côlon et donne une fistule jéjuno-gastro-colique, avec inflammation et adhérences. On décolle le côlon, qui est largement ouvert; on résèque la muqueuse enflammée et on re-ferme le côlon par une suture longitudinale. On résèque l'ulcère peptique et l'on refait la gastroentérostomie à la suture.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a repris son poids normal et travaille assez facilement.

OBS. 238. — (R. 18, p. 128). — M. P... André, 45 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 6 ans. Sténose pylorique.

26 DÉCEMBRE 1925. — INTERVENTION : L'estomac est grand et épaissi. On trouve un gros ulcère pylorique sténosant. Comme il est trop difficile à enlever, on fait une gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison parfaite jusqu'à il y a 2 mois. Depuis ce moment, reprise de douleurs légères 2 h. après les repas. Le malade ne vomit pas et peut cependant travailler.

OBS. 239. — (R. 18, p. 202). — M. B... Gaspard, 51 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 3 mois.

24 FÉVRIER 1926. — INTERVENTION : L'estomac est grand et épaissi. On trouve un ulcère du versant duodénal du pylore, très adhérent. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Le malade a été très bien pendant 1 mois; il avait repris 2 kg. Puis il eut un ictère et est mort le 9 août 1926.

OBS. 240. — (R. 19, p. 71). — M. H... Emile, 41 ans. — Le malade souffre depuis 11 ans et vomit depuis 8 mois.

8 JUILLET 1926. — INTERVENTION : L'estomac est grand et épaissi. On trouve un ulcère pylorique sténosant. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a repris son poids normal et travaille.

OBS. 241. — (R. 19, p. 89). — M. M... Joseph, 45 ans. — Le malade souffre depuis 5 ans et vomit depuis 6 mois.

26 JUILLET 1926. — INTERVENTION : On trouve un gros ulcère prépylorique. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a pris 8 kg et travaille facilement.

OBS. 242. — (R. 19, p. 217). — M. M... Henri, 43 ans. — Le malade souffre depuis 10 ans. Les vomissements ont commencé il y a 1 an. Sténose pylorique.

25 NOVEMBRE 1926. — INTERVENTION : On trouve un ulcère prépylorique adhérent. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a pris 5 kg et fait facilement son travail.

OBS. 243. — (R. 19, p. 255). — M. R... Henri, 53 ans. — Le malade souffre depuis 15 ans; il ne vomit pas.

24 DÉCEMBRE 1926. — INTERVENTION : L'estomac est un peu dilaté. On trouve un ulcère calleux prépylorique avec sténose incomplète. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a repris son poids normal et travaille.

OBS. 244. — (Clientèle). — H., 47 ans.

15 MAI 1907. — INTERVENTION : L'estomac est grand et épaissi. On trouve un ulcère calleux prépylorique adhérent. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927.

OBS. 245. — (Clientèle). — F., 48 ans.

12 NOVEMBRE 1907. — INTERVENTION : On trouve un ulcère prépylorique avec sténose incomplète. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1924.

OBS. 246. — (Clientèle). — H., 40 ans.

1^{er} FÉVRIER 1908. — INTERVENTION : On trouve un ulcère prépylorique adhérent avec sténose. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en avril 1908.

OBS. 247. — (Clientèle). — H., 63 ans.

24 NOVEMBRE 1908. — INTERVENTION : On trouve un ulcère calleux prépylorique avec sténose. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927.

OBS. 248. — (Clientèle). — H., 32 ans.

8 JUILLET 1909. — INTERVENTION : Sténose due à un ulcère cicatrisé du pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927.

OBS. 249. — (Clientèle). — H., 50 ans.

15 SEPTEMBRE 1909. — INTERVENTION : Sténose pylorique. Ulcère calleux adhérent. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927.

OBS. 250. — (Clientèle). — H., 59 ans.

1^{er} DÉCEMBRE 1909. — INTERVENTION : Ulcère calleux adhérent prépylorique avec sténose. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1920. Décès par pneumonie.

OBS. 251. — (Clientèle). — F., 50 ans.

13 DÉCEMBRE 1909. — INTERVENTION : Sténose due à un ulcère cicatrisé du pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1924.

OBS. 252. — (Clientèle). — H., 40 ans.

24 MARS 1910. — INTERVENTION : Ulcère calleux prépylorique avec sténose. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1914.

OBS. 253. — (Clientèle). — H., 58 ans.

6 AVRIL 1911. — INTERVENTION : Ulcère prépylorique avec périgastrite étendue. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1922.

OBS. 254. — (Clientèle). — H., 58 ans.

14 OCTOBRE 1911. — INTERVENTION : Ulcère calleux prépylorique sténosant. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1914.

OBS. 255. — (Clientèle). — H., 17 ans.

4 MARS 1912. — INTERVENTION : Sténose due à un ulcère cicatrisé du pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927.

OBS. 256. — (Clientèle). — H., 43 ans.

10 MAI 1912. — INTERVENTION : Sténose pylorique ulcéreuse. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1924.

OBS. 257. — (Clientèle). — H., 63 ans.

15 OCTOBRE 1912. — INTERVENTION : Sténose ulcéreuse du pylore, avec hématomérose. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1921. Décès par pneumonie.

OBS. 258. — (Clientèle). — H., 50 ans.

11 JANVIER 1913. — INTERVENTION : Ulcère pylorique avec sténose et hémorragie. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927.

OBS. 259. — (Clientèle). — H., 27 ans.

8 JUILLET 1913. — INTERVENTION : Sténose pylorique ulcéreuse. Ganglions sous-pyloriques. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927.

OBS. 260. — (Clientèle). — H., 46 ans.

9 JUILLET 1913. — INTERVENTION : Sténose pylorique. Ulcère pylorique avec induration. Ganglions. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

EN 1917. — INTERVENTION : Ulcère peptique de la bouche de gastro. Nouvelle gastroentérostomie.

EN 1921. — INTERVENTION : Nouvel ulcère peptique de la bouche de gastro. On fait une large gastroentérostomie antérieure précolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1926.

OBS. 261. — (Clientèle). — H., 45 ans.

11 OCTOBRE 1913. — INTERVENTION : Ulcère juxta-pylorique avec sténose. Hématémèses. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927.

OBS. 262. — (Clientèle). — H., 53 ans.

16 OCTOBRE 1923. — INTERVENTION : Ulcère prépylorique avec sténose. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1923.

OBS. 263. — (Clientèle). — H., 45 ans.

29 NOVEMBRE 1913. — INTERVENTION : Ulcère pylorique. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Le malade continue à souffrir.

OBS. 264. — (Clientèle). — H., 28 ans.

14 JANVIER 1914. — INTERVENTION : Ulcère prépylorique avec sténose. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison maintenue en 1927.

OBS. 265. — (Clientèle). — F., 16 ans.

26 JANVIER 1914. — INTERVENTION : Ulcère prépylorique avec périgastrite. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927.

OBS. 266. — (Clientèle). — H., 51 ans.

1^{er} AVRIL 1914. — INTERVENTION : Ulcère juxta-pylorique adhérent avec sténose sans vomissements. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927.

OBS. 267. — (Clientèle). — F., 31 ans.

22 MAI 1914. — INTERVENTION : Ulcère sous-pylorique avec périgastrite. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1922.

OBS. 268. — (Clientèle). — H., 57 ans.

13 JUILLET 1914. — INTERVENTION : Sténose par ulcère prépylorique avec périgastrite. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1926.

OBS. 269. — (Clientèle). — F., 55 ans.

11 DÉCEMBRE 1915. — INTERVENTION : Sténose par ulcère pylorique avec périgastrite. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

1918. — INTERVENTION : Sténose de la bouche de gastro. Nouvelle gastroentérostomie plus large.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1926.

OBS. 270. — (Clientèle). — H., 56 ans.

23 JANVIER 1916. — INTERVENTION : Sténose par ulcère prépylorique adhérent au foie et à la paroi abdominale antérieure. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1926.

OBS. 271. — (Clientèle). — F..., 48 ans.

12 MARS 1916. — INTERVENTION : Ulcère sténosant du pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927.

OBS. 272. — (Clientèle). — H..., 60 ans.

15 MAI 1916. — INTERVENTION : Ulcère prépylorique avec sténose. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1919.

OBS. 273. — (Clientèle). — H..., 50 ans.

11 JUILLET 1916. — INTERVENTION : Ulcère prépylorique avec sténose et adhérences. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927.

OBS. 274. — (Clientèle). — F..., 55 ans.

2 SEPTEMBRE 1916. — INTERVENTION : Ulcère sous-pylorique accompagné de vomissements et douleurs. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927.

OBS. 275. — (Clientèle). — H..., 56 ans.

18 OCTOBRE 1916. — INTERVENTION : Ulcère prépylorique avec sténose. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1926. Décès accidentel.

OBS. 276. — (Clientèle). — H..., 38 ans.

3 MARS 1917. — INTERVENTION : Ulcère calleux prépylorique avec sténose. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927.

OBS. 277. — (Clientèle). — H..., 54 ans.

9 AVRIL 1918. — INTERVENTION : Sténose due à un ulcère cicatrisé du pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1924.

OBS. 278. — (Clientèle). — H..., 58 ans.

17 MAI 1918. — INTERVENTION : Ulcère prépylorique avec sténose. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927.

OBS. 279. — (Clientèle). — H., 55 ans.

12 JUILLET 1918. — INTERVENTION : Sténose due à un ulcère cicatrisé du pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1924.

OBS. 280. — (Clientèle). — H., 59 ans.

21 DÉCEMBRE 1918. — INTERVENTION : Ulcère pylorique avec sténose. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927.

OBS. 281. — (Clientèle). — H., 58 ans.

1^{er} MAI 1919. — INTERVENTION : Ulcère calleux prépylorique avec sténose. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927.

OBS. 282. — (Clientèle). — H., 55 ans.

21 OCTOBRE 1919. — INTERVENTION : Ulcère prépylorique avec sténose. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927.

OBS. 283. — (Clientèle). — H., 41 ans.

11 NOVEMBRE 1919. — INTERVENTION : Ulcère calleux prépylorique avec sténose. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1924.

OBS. 284. — (Clientèle). — H., 31 ans.

20 NOVEMBRE 1919. — INTERVENTION : Ulcère prépylorique avec sténose. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1924.

OBS. 285. — (Clientèle). — H., 35 ans.

3 MARS 1920. — INTERVENTION : Ulcère sous-pylorique sténosant et adhérent. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1924.

OBS. 286. — (Clientèle). — H., 50 ans.

17 MAI 1920. — INTERVENTION : Ulcère sous-pylorique et fissure du pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927.

OBS. 287. — (Clientèle). — H., 67 ans.

12 JUIN 1920. — INTERVENTION : Ulcère sténosant du pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue jusqu'en Avril 1922. (Décès de cause inconnue.)

OBS. 288. — (Clientèle). — H., 54 ans.

6 JUILLET 1920. — INTERVENTION : Ulcère pylorique adhérent avec sténose. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927.

OBS. 289. — (Clientèle). — F., 67 ans.

11 OCTOBRE 1920. — INTERVENTION : Sténose due à un ulcère cicatrisé du pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en avril 1923. Décès de cause inconnue.

OBS. 290. — (Clientèle). — H., 50 ans.

16 OCTOBRE 1920. — INTERVENTION : Ulcère prépylorique sténosant et adhérent. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1924.

OBS. 291. — (Clientèle). — H., 43 ans.

9 NOVEMBRE 1920. — INTERVENTION : Sténose due à un ulcère cicatrisé du pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927.

OBS. 292. — (Clientèle). — H., 52 ans.

26 NOVEMBRE 1920. — INTERVENTION : Ulcère calleux prépylorique avec sténose et adhérences. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927.

OBS. 293. — (Clientèle). — H., 33 ans.

18 AOUT 1921. — INTERVENTION : Ulcère de la petite courbure juxta-pylorique avec sténose pylorique et adhérences. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1924.

OBS. 294. — (Clientèle). — H., 40 ans.

26 NOVEMBRE 1921. — INTERVENTION : Ulcère du versant duodénal du pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1924.

OBS. 295. — (Clientèle). — H., 41 ans.

12 DÉCEMBRE 1921. — INTERVENTION : Ulcère prépylorique avec anémie. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1926.

OBS. 296. — (Clientèle). — H., 55 ans.

20 JANVIER 1922. — INTERVENTION : Ulcère calleux prépylorique avec sténose. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1926.

OBS. 297. — (Clientèle). — F., 54 ans.

13 MAI 1922. — INTERVENTION : Ulcère calleux prépylorique adhérent avec sténose. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1924.

OBS. 298. — (Clientèle). — H., 50 ans.

4 OCTOBRE 1922. — INTERVENTION : Pylorite ulcéreuse. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1926.

OBS. 299. — (Clientèle). — H., 45 ans.

20 OCTOBRE 1922. — INTERVENTION : Sténose due à un ulcère cicatrisé du pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927.

OBS. 300. — (Clientèle). — H., 56 ans.

27 NOVEMBRE 1922. — INTERVENTION : Ulcère sténosant du pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1924.

OBS. 301. — (Clientèle). — H., 42 ans.

4 SEPTEMBRE 1923. — INTERVENTION : Ulcère caléux adhérent prépylorique avec sténose. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1926.

OBS. 302. — (Clientèle). — F., 61 ans.

28 NOVEMBRE 1923. — INTERVENTION : Double ulcère : ulcère du pylore avec fissure. Ulcère médiogastrique cicatrisé. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927.

OBS. 303. — (Clientèle). — H., 56 ans.

7 DÉCEMBRE 1923. — INTERVENTION : Sténose pylorique par ulcère. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1926.

OBS. 304. — (Clientèle). — H., 52 ans.

3 MARS 1924. — INTERVENTION : Ulcère calleux prépylorique avec sténose et adhérences. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1926.

OBS. 305. — (Clientèle). — H., 56 ans.

1^{er} MAI 1924. — INTERVENTION : Ulcère prépylorique adhérent au foie, avec sténose. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1925.

OBS. 306. — (Clientèle). — H., 41 ans.

19 MAI 1924. — INTERVENTION : Ulcère prépylorique avec sténose. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1925.

OBS. 307. — (Clientèle). — H., 58 ans.

20 MAI 1924. — INTERVENTION : Ulcère prépylorique avec sténose. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927.

OBS. 308. — (Clientèle). — H., 63 ans.

27 AOUT 1924. — INTERVENTION : Ulcère prépylorique avec sténose. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927.

OBS. 309. — (Clientèle). — F., 60 ans.

25 NOVEMBRE 1924. — INTERVENTION : Ulcère calleux prépylorique avec sténose. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1926.

OBS. 310. — (Clientèle). — F., 41 ans.

18 DÉCEMBRE 1924. — INTERVENTION : Ulcère du pylore fissuré. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Le malade garde des vomissements bilieux.

1^{er} JANVIER 1925. — INTERVENTION : L'orifice de la gastroentérostomie est dur et bouché. L'anse afférente est trop fixée pour pouvoir faire une jéjunojéjunostomie. La duodéno-jéjunostomie est trop difficile. On fait donc une nouvelle gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927.

OBS. 311. — (Clientèle). — F., 48 ans.

30 MARS 1925. — INTERVENTION : Ulcère du versant duodénal du pylore, et fissure du pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927.

OBS. 312. — (Clientèle). — F., 55 ans.

28 MAI 1925. — INTERVENTION : Ulcère calleux prépylorique avec sténose. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en Mars 1927.

OBS. 313. — (Clientèle). — H., 40 ans.

28 AOUT 1925. — INTERVENTION : Ulcère calleux prépylorique avec sténose. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en Décembre 1926.

OBS. 314. — (Clientèle). — H., 51 ans.

27 OCTOBRE 1925. — INTERVENTION : Ulcère calleux du versant duodénal du pylore, avec sténose. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en Mars 1927.

OBS. 315. — (Clientèle). — F., 41 ans.

11 NOVEMBRE 1925. — INTERVENTION : Ulcère calleux prépylorique avec sténose serrée. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en Mars 1927.

OBS. 316. — (Clientèle). — H., 31 ans.

11 JANVIER 1926. — INTERVENTION : Gros ulcère calleux prépylorique. Amaigrissement marqué. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en Mars 1927.

OBS. 317. — (Clientèle). — H., 47 ans.

9 JUIN 1926. — INTERVENTION : Ulcère du versant duodénal du pylore, avec sténose. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en Mars 1927.

OBS. 318. — (Th. de Manhès). — H., 44 ans. — Malade opéré en 1909 pour sténose pylorique par ulcère. On lui a fait une gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture. Il est allé bien pendant 5 ans. Puis il prend des douleurs tardives et des vomissements bilieux. Radioscopé, on voit que sa gastro fonctionne bien.

12 MARS 1914. — INTERVENTION : L'ulcère pylorique a disparu; il reste une sténose fibreuse. Il y a un ulcère peptique de la bouche de gastro. Le colon est adhérent. On le décolle et on tombe sur une perforation du jéjunum à 2 cm. de la gastro. On résèque cet ulcère et on suture l'orifice intestinal.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 319. — (Th. de Manhès). — H., 41 ans. — Malade déjà opéré en Janvier 1914, on ne sait pourquoi. En Janvier 1915, il vient pour une sténose pylorique complète.

JANVIER 1915. — INTERVENTION : On trouve un ulcère induré du pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Parfaites pendant 2 ans. Puis en Novembre 1917, reprise du même syndrome. A la radioscopie, la gastro est bouchée, le Bi passe en entier par le pylore.

15 NOVEMBRE 1917. — INTERVENTION : On trouve un ulcère du jéjunum très adhérent, qui s'ouvre pendant l'opération; il est situé tout contre la bouche de gastro. On résèque cet ulcère et on suture l'orifice intestinal.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 320. — (Th. de Manhès). — H., 44 ans. — Le malade souffre depuis 14 ans; il ne vomit pas.

16 DÉCEMBRE 1921. — INTERVENTION : On trouve un ulcère induré du pyloré. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SEPTEMBRE 1922. — INTERVENTION : La bouche de gastro est normale. Mais on trouve un ulcère de la petite courbure qui n'existait pas auparavant et qui est perforé et bouché par le petit épiploon. Excision de cet ulcère.

SUITES : A partir de Février 1923, le malade se remet à souffrir. Radioscopé, la bouche de gastro fonctionne normalement.

9 AVRIL 1923. — INTERVENTION : On croit à un ulcère peptique. Mais on ne trouve rien, sauf un paquet ganglionnaire, situé à gauche du rachis, et dont l'examen histologique est négatif.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 321. — (Th. de Manhès). — H., 47 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 8 ans. Le 30 janvier 1919, il a été opéré en Suisse pour une sténose pylorique par ulcère. On lui a fait une gastroentérostomie postérieure.

SUITES : Parfaites pendant 1 ans. Puis, reprise des douleurs, mais sans vomissements.

4 SEPTEMBRE 1920. — INTERVENTION : Le pylore est fibreux et dur, mais l'ulcère est cicatrisé. Il y a au centre de la bouche de gastro un ulcère peptique adhérent au mésocôlon. On décolle ce dernier et on résèque l'ulcère.

SUITES : Le malade a été revu 1 an après en parfait état.

OBS. 322. — (Th. de Manhès). — H., 44 ans.

21 AVRIL 1916. — INTERVENTION : Ulcère prépylorique. Gastroentérostomie postérieure transmesocolique à la suture.

SUITES : Parfaites pendant 4 ans. Puis à partir de 1920, reprise des douleurs, mais sans vomissements. A la radioscopie, la bouche de gastro fonctionne bien, mais il passe quelques bouchées par le pylore.

5 OCTOBRE 1923. — INTERVENTION : Ulcère peptique de la bouche de gastro en voie de perforation. Le côlon transverse adhère à ce niveau et la main tient bouchée. En le décollant, on ouvre l'ulcère. Résection difficile de l'ulcère; on refait la gastro à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 323. — (Th. de Manhès). — H., 43 ans.

14 JANVIER 1919. — INTERVENTION : Ulcère du versant duodénal du pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Parfaites pendant 3 ans; puis, reprise des douleurs avec vomissements bilieux.

8 FÉVRIER 1922. — INTERVENTION : La bouche de gastro est normale. L'ancien ulcère paraît cicatrisé. On trouve sur la petite courbure un ulcère cicatrisé ayant fait une cicatrice radiée. Excision de cet ulcère.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 324. — (Th. de Manhès). — H., 40 ans. — Le malade souffre depuis 6 ans. Sténose pylorique depuis un mois.

9 JUILLET 1913. — INTERVENTION : Ulcère induré du pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Parfaites pendant 5 ans. Puis douleurs et vomissements; cachexie.

16 AVRIL 1919. — INTERVENTION : Ulcère peptique de la bouche de gastro. A cause de la cachexie, on fait une nouvelle gastroentérostomie au-dessus, entre l'intestin et la face postérieure de l'estomac.

SUITES : Parfaites pendant 2 ans. Puis reprise des mêmes douleurs et vomissements.

SEPTEMBRE 1921. — INTERVENTION : On résèque l'ulcère peptique de la bouche de gastro et on refait la bouche.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 325. — (R. 1, p. 29). — Mlle S... Antoinette, 24 ans. Pas de renseignements antérieurs.

15 JANVIER 1912. — INTERVENTION : L'estomac est petit, caché, sous les fausses-côtes. Le pylore est induré. On trouve, sur l'antra pylorique, un ulcère qui atteint les tuniques muqueuse et musculuse, en voie de cicatrisation. Rétraction cicatricielle à ce niveau. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 326. — (R. 2, p. 8). — Mme L... Marie-Louise, 54 ans. — La malade souffre depuis 5 ans. Elle a eu plusieurs hématomés.

18 OCTOBRE 1912. — INTERVENTION : On trouve sur la face antérieure de l'estomac, près de la grande courbure, un ulcère comblé par le ligament gastro-colique, qui rétrécit l'estomac et tend à le rendre biloculaire. Sur le versant duodénal du pylore, on trouve la cicatrice d'un autre ulcère. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 327. — (R. 2, p. 255). — Mlle M... Blanche, 18 ans. — La malade souffre et vomit depuis 4 mois. Elle a eu plusieurs hématomés.

8 FÉVRIER 1913. — INTERVENTION : L'estomac est abaissé et très vasculaire. En arrière du pylore, on trouve des cicatrices d'ulcère, blanchâtres. Adhérences lâches. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 328. — (R. 6, p. 145). — Mme Viv..., 51 ans. — Pas de renseignements antérieurs.

11 JUILLET 1916. — INTERVENTION : L'estomac est abaissé et un peu épaissi. On trouve un petit ulcère induré du pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 329. — (R. 7, p. 92). — Mme Epar..., 43 ans. — Pas de renseignements antérieurs.

27 OCTOBRE 1916. — INTERVENTION : On tombe sur des adhérences fortes entre la paroi antérieure du pylore et la paroi abdominale. On libère ces adhérences. Il s'agit d'un ulcère du pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture,

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 330. — (R. 11, p. 227). — Mme Gin..., 45 ans. — Pas de renseignements antérieurs.

20 JUILLET 1918. — INTERVENTION : On trouve un ulcère pylorique en activité ayant déterminé une sténose pylorique depuis 3 ans. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 331. — (R. 14, p. 172). — Mlle C... Florence, 23 ans. — La malade souffre et vomit depuis 4 ans.

22 OCTOBRE 1920. — INTERVENTION : L'estomac est abaissé et un peu grand. Il semble qu'il y ait de la contracture du pylore due à la cicatrice d'un ancien ulcère. En outre, on détruit une bride dure qui enserrerait le pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 332. — (R. 15, p. 160). — Mme L... Benoîte, 43 ans. — La malade souffre et vomit depuis 9 ans.

26 OCTOBRE 1921. — INTERVENTION : L'estomac est très grand. On trouve un petit ulcère suspylorique. Il s'agit d'une fissure pylorique. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 333. — (R. 17, p. 130). — Mme P... Elisabeth, 46 ans. — La malade souffre et vomit depuis 2 ans.

4 FÉVRIER 1924. — INTERVENTION : L'estomac est grand et épaissi. On trouve un ulcère du pylore paraissant cicatrisé, très adhérent. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 334. — (R. 18, p. 252). — Mme Bes..., 40 ans. — La malade souffre et vomit depuis 20 ans.

17 FÉVRIER 1925. — INTERVENTION : L'estomac est grand et épaissi. On trouve une cicatrice fibreuse d'ulcère sur le pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Amélioration pendant 6 mois. Puis la malade souffre de nouveau.

25 SEPTEMBRE 1925. — INTERVENTION : On ne voit rien d'anormal. La bouche de gastro est normale. On enlève 3 rameaux du pneumogastrique.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 335. — (R. 2, p. 425). — M. B... Julien, 27 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 12 ans. Sténose.

21 FÉVRIER 1913. — INTERVENTION : L'estomac est immense. On trouve un ulcère induré et sténosant du pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : On apprend la mort du malade. Date et cause inconnues.

OBS. 336. — (R. 2, p. 461). — M. B... Joseph, 46 ans. — Le malade souffre depuis 14 ans.

2 AVRIL 1913. — INTERVENTION : L'estomac est dilaté. On trouve un ulcère induré du pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 337. — (R. 3, p. 132). — M. R... Philippe, 52 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 15 ans.

15 NOVEMBRE 1913. — INTERVENTION : On trouve un ulcère pylorique adhérent au foie, et qui paraît guéri. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 338. — (R. 5, p. 43). — M. C... Claude, 68 ans. — Pas de renseignements antérieurs.

12 FÉVRIER 1916. — INTERVENTION : On trouve un ulcère rétracté, de la face antérieure du pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 339. — (R. 7, p. 129). — M. G... Marius, 50 ans. — Pas de renseignements antérieurs.

3 NOVEMBRE 1916. — INTERVENTION : On trouve un ulcère en voie de cicatrisation sur le versant duodénal du pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 340. — (R. 7, p. 140). — M. G... Joseph, 62 ans. — Pas de renseignements antérieurs.

11 NOVEMBRE 1916. — INTERVENTION : L'estomac est très épaissi. On trouve un ulcère pylorique très adhérent, inextirpable. Nombreuses adhérences. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 341. — (R. 7, p. 219). — M. J... Gabriel, 47 ans. — Pas de renseignements antérieurs.

11 JANVIER 1917. — INTERVENTION : Le malade vomit tout. On trouve un ulcère pylorique sténosant. Un deuxième ulcère se trouve à 5 cm. du pylore sur la petite courbure. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 342. — (R. 7, p. 235). — M. M... Auguste, 50 ans. — Le malade souffre depuis 20 ans. Sténose pylorique.

27 JANVIER 1917. — INTERVENTION : On trouve un ulcus pylorique paraissant cicatrisé. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 343. — (R. 8, p. 63). — M. B... François, 61 ans. — Pas de renseignements antérieurs.

30 MARS 1917. — INTERVENTION : On trouve un ulcère prépylorique très adhérent. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 344. — (R. 8, p. 224). — M. P... Jacques, 40 ans. — Le malade a eu 3 hématoméses depuis 3 ans.

8 AOÛT 1917. — INTERVENTION : Sur le versant duodénal du pylore, on trouve un petit ulcère, peut-être encore en activité. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 345. — (R. 9, p. 236). — M. A... Jean, 47 ans. — Pas de renseignements antérieurs.

18 MAI 1918. — INTERVENTION : On trouve un ulcère prépylorique adhérent. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 346. — (R. 10, p. 14). — M. Raf..., 50 ans. — Pas de renseignements antérieurs.

4 JUILLET 1918. — INTERVENTION : Sténose pylorique par ulcère en voie de cicatrisation. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 347. — (R. 10, p. 124). — M. P... François, 55 ans. — Le malade souffre depuis 6 ans.

12 DÉCEMBRE 1918. — INTERVENTION : L'estomac est dilaté est très épaissi. On trouve un ulcère du versant duodénal du pylore, très sténosant. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 348. — (R. 11, p. 211). — M. B... Louis, 49 ans. — Sténose pylorique incomplète.

28 FÉVRIER 1919. — INTERVENTION : Petit ulcère de la face antérieure du pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 349. — (R. 11, p. 248). — M. D... Gaston, 20 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 6 mois.

7 MAI 1919. — INTERVENTION : L'estomac est distendu. On trouve un gros ulcère pylorique. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 350. — (R. 11, p. 276). — M. A... Louis, 39 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 4 ans

13 JUIN 1919. — INTERVENTION : On trouve une cicatrice blanche d'ulcère prépylorique. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 351. — (R. 12, p. 183). — M. G... Louis, 29 ans. — Le malade souffre et vomit beaucoup depuis 5 ans.

5 JUILLET 1920. — INTERVENTION : Le pylore est adhérent au foie. On trouve un vieil ulcère cicatrisé sur le pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ul-térieures.

OBS. 352. — (R. 12, p. 185). — M. H... Henri, 47 ans. — Le malade souffre depuis 15 ans.

8 JUILLET 1920. — INTERVENTION : L'estomac est énorme et épaissi. Gros ulcère pylorique induré et adhérent en arrière. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ul-térieures.

OBS. 353. — (R. 12, p. 255). — M. C... Marius, 38 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 1 an.

16 OCTOBRE 1920. — INTERVENTION : On trouve un ulcère juxta-pylorique avec nombreuses adhérences. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ul-térieures.

OBS. 354. — (R. 13, p. 67). — M. R... Joseph, 24 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 1 an.

16 MARS 1921. — INTERVENTION : L'estomac est grand. Au-dessous de la veine pylorique, on trouve une induration due à un ulcère en voie de fissuration. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ul-térieures.

OBS. 355. — (R. 13, p. 111). — M. P... François, 48 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 3 ans.

12 MAI 1921. — INTERVENTION : On trouve un petit ulcère sous-pylorique. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ul-térieures.

OBS. 356. — (R. 13, p. 163). — M. L... Joseph, 49 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 3 ans.

2 JUILLET 1921. — INTERVENTION : On trouve un ulcère de la face antérieure du pylore, perforé et bouché par l'épiploon. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 357. — (R. 13, p. 243). — M. D... Antoine, 34 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 6 ans.

11 OCTOBRE 1921. — INTERVENTION : On trouve un ulcère sous-pylorique avec sténose très serrée. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 358. — (R. 14, p. 209). — M. B... Henri, 52 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 3 ans.

26 SEPTEMBRE 1922. — INTERVENTION : L'estomac est grand et épaissi. On trouve un ulcère dur du pylore, adhérent, avec sténose serrée. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 359. — (R. 14, p. 231). — M. V... Elie, 55 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 6 mois.

24 OCTOBRE 1922. — INTERVENTION : On trouve un ulcère du versant duodénal du pylore, très petit et dur. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 360. — (R. 14, p. 271). — M. R... Frédéric, 59 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 15 ans.

8 DÉCEMBRE 1922. — INTERVENTION : On trouve un ulcère du versant duodénal du pylore. A cause de la

brièveté du mésocôlon, gastroentérostomie postérieure précolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 361. — (R. 15, p. 113). — M. M... Lucien, 25 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 1 an.

2 MAI 1923. — INTERVENTION : L'estomac est épaissi. On trouve un ulcère du versant duodénal du pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 362. — (R. 15, p. 188). — M. G... Pierre, 35 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 5 ans.

7 AOUT 1923. — INTERVENTION : On trouve un ulcère cicatrisé de la petite courbure juxta-pylorique. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 363. — (R. 15, p. 217). — M. R... Vittorio, 47 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 1 an.

1^{er} SEPTEMBRE 1923. — INTERVENTION : L'estomac est grand et épaissi. On trouve un ulcère pylorique très adhérent. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 364. — (R. 15, p. 255). — M. G... François, 36 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 3 ans.

19 OCTOBRE 1923. — INTERVENTION : L'estomac est immense. On trouve une cicatrice d'ulcère sous-pylorique. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 365. — (R. 16, p. 58). — M. M... Elie, 46 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 3 ans.

28 FÉVRIER 1924. — INTERVENTION : L'estomac est grand et épaissi. On trouve un gros ulcère induré du pylore, adhérent en arrière, avec sténose. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : On apprend le décès du malade, le 17 Août 1924, de cause inconnue.

OBS. 366. — (R. 16, p. 105). — M. G... Léon, 51 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 2 ans.

16 AVRIL 1924. — INTERVENTION : On trouve un ulcère prépylorique. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 367. — (R. 16, p. 121). — M. T... Joachim, 53 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 20 ans.

1^{er} MAI 1924. — INTERVENTION : On trouve un ulcère pylorique adhérent en arrière, avec une sténose très serrée. Gastroentérostomie postérieure précolique, par suite de la brièveté du mésocôlon.

21 MAI 1924. — INTERVENTION : On veut faire un deuxième temps. L'ulcère a complètement disparu. Il reste à peine une toute petite adhérence. On referme après avoir enfoui la surface de l'ancien ulcère.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 368. — (R. 17, p. 17). — M. D... Jean, 54 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 10 ans

27 OCTOBRE 1924. — INTERVENTION : On trouve un ulcère sous-pylorique cicatrisé. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 369. — (R. 17, p. 144). — M. B... Constant, 43 ans. — Le malade souffre depuis 2 ans; il ne vomit pas.

2 FÉVRIER 1925. — INTERVENTION : L'estomac est grand et épaissi. On trouve un ulcère sous-pylorique sténosant. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 370. — (R. 18, p. 98). — M. F... Georges, 28 ans. — Le malade souffre depuis 3 ans. Il ne vomit pas.

27 NOVEMBRE 1925. — INTERVENTION : On trouve un ulcère du pylore petit et nacré. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 371. — (Clientèle). — H., 57 ans.

3 AOÛT 1905. — INTERVENTION : Sténose sous-pylorique par ulcère. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 372. — (Clientèle). — H., 38 ans.

28 OCTOBRE 1906. — INTERVENTION : Ulcère cicatrisé du pylore, sténosant. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 373. — (Clientèle). — H., 51 ans.

27 NOVEMBRE 1906. — INTERVENTION : Ulcère callosus prépylorique avec sténose et adhérences. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 374. — (Clientèle). — H., 40 ans.

26 JUILLET 1907. — INTERVENTION : Estomac grand et épais. Ulcère juxta-pylorique adhérent. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 375. — (Clientèle). — F., 35 ans.

16 MAI 1908. — INTERVENTION : Sténose par ulcère cicatrisé du pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 376. — (Clientèle). — H., 58 ans.

22 MARS 1910. — INTERVENTION : Ulcère calleux prépylorique avec sténose. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 377. — (Clientèle). — H., 20 ans.

12 SEPTEMBRE 1911. — INTERVENTION : Ulcère sténosant du pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 378. — (Clientèle). — H., 50 ans.

29 NOVEMBRE 1911. — INTERVENTION : Ulcère pylorique adhérent au foie. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 379. — (Clientèle). — H., 60 ans.

5 MARS 1912. — INTERVENTION : Ulcère sous-pylorique sténosant. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 380. — (Clientèle). — F., 59 ans.

11 MARS 1912. — INTERVENTION : Ulcère prépylorique avec symphyse du péritoine. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 381. — (Clientèle). — F., 48 ans.

6 NOVEMBRE 1912. — INTERVENTION : Ulcère sous-pylorique sténosant. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 382. — (Clientèle). — H., 31 ans.

4 DÉCEMBRE 1912. — INTERVENTION : Ulcère sous-pylorique sténosant en activité. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 383. — (Clientèle). — H., 18 ans.

13 MARS 1913. — INTERVENTION : Ulcère pylorique sténosant. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 384. — (Clientèle). — F., 54 ans.

17 AVRIL 1913. — INTERVENTION : Ulcère pylorique sténosant avec périgastrite et périoduodénite. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 385. — (Clientèle). — H., 40 ans.

15 NOVEMBRE 1913. — INTERVENTION : Ulcère prépylorique adhérent et sténosant. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 386. — (Clientèle). — H., 40 ans.

10 DÉCEMBRE 1913. — INTERVENTION : Ulcère adhérent du pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 387. — (Clientèle). — H., 38 ans.

13 DÉCEMBRE 1913. — INTERVENTION : Ulcère cal-leux prépylorique. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 388. — (Clientèle). — H., 20 ans.

24 AVRIL 1914. — INTERVENTION : Ulcère pylorique avec sténose. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 389. — (Clientèle). — F., 45 ans.

15 JUILLET 1914. — INTERVENTION : Ulcère prépylorique avec sténose. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 390. — (Clientèle). — H., 58 ans.

24 JUILLET 1917. — INTERVENTION : Ulcère prépylorique sténosant. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 391. — (Clientèle). — H., 54 ans.

30 JUILLET 1918. — INTERVENTION : Ulcère sténosant du pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 392. — (Clientèle). — H., 26 ans.

22 AOUT 1918. — INTERVENTION : Ulcère juxta-pylorique adhérent au foie. Sténose pylorique. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 393. — (Clientèle). — H., 50 ans.

23 DÉCEMBRE 1919. — INTERVENTION : Ulcère prépylorique. Malade cachectique et cyanosé. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire difficile, après lavages. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 394. — (Clientèle). — H., 57 ans.

8 JUIN 1920. — INTERVENTION : Ulcère prépylorique calleux avec sténose et adhérences. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 395. — (Clientèle). — H., 42 ans.

3 MARS 1922. — INTERVENTION : Ulcère prépylorique avec sténose et ganglions. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 396. — (Clientèle). — F., 36 ans.

4 FÉVRIER 1924. — INTERVENTION : Ulcère pylorique. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 397. — (Clientèle). — H., 71 ans.

26 AVRIL 1924. — INTERVENTION : Ulcère sténosant du pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 398. — (Clientèle). — H., 30 ans.

11 DÉCEMBRE 1924. — INTERVENTION : Ulcère du versant duodénal du pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 399. — (Th. de Ducroux). — H., 57 ans. — Le malade souffre depuis 3 mois. Sténose pylorique.

5 MAI 1924. — INTERVENTION : Double ulcère, sur le pylore et la petite courbure, chacun étant sténosant. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

§ 2. — *Gastroentérostomies au bouton*

OBS. 400. — (R. 2, p. 381). — Mlle G... Marie, 58 ans. — La malade souffre et vomit depuis 7 ans. Elle a eu plusieurs hématemèses et se présente très cachectique.

12 AVRIL 1913. — INTERVENTION : Pas d'anesthésie en raison de la cachexie de la malade. On trouve

un ulcère prépylorique très étendu. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Décès le 13 mai 1913. Cause inconnue.

OBS. 401. — (R. 3, p. 159). — Mme B... Julie, 34 ans. — La malade souffre depuis 3 ans; ne vomit pas

14 JANVIER 1914. — INTERVENTION : On trouve sur la face antérieure du pylore une cicatrice fibreuse allant vers le foie. On l'enlève et on trouve au niveau du pylore une zone indurée, reliquat d'un ulcère. La vésicule entourée d'adhérences est enlevée. On fait une gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton, se réservant, s'il s'agit d'un ulcère du duodénum, de faire ultérieurement une gastroentérostomie à la suture.

MARS 1927. — Suites pénibles pendant quelques mois. Puis guérison complète. La malade a peu de forces, mais elle digère bien et ne souffre plus.

OBS. 402. (R. 7, p. 173). — Mme B... Benoîte, 64 ans. — Sténose pylorique très ancienne. Cachexie.

2 DÉCEMBRE 1916. — INTERVENTION : Estomac colossal descendant plus bas que le pubis. Gastroentérotomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Décès le 6 décembre 1916 par cachexie.

OBS. 403. — (R. 8, p. 116). — M. Arr..., 48 ans. — Sténose pylorique avec cachexie très avancée.

31 MARS 1917. —^e INTERVENTION : L'estomac adhère à la paroi abdominale. Ulcère pylorique avec périgastrite étendue. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES^e : Décès le 20 avril 1917. Cause inconnue.

OBS. 404. — (R. 11, p. 55). — Mlle D... Marie, 36 ans. — Sténose pylorique avancée.

11 MARS 1918. — INTERVENTION : L'estomac est un peu épaissi. — On trouve des cicatrices nacrées d'ulcère sur les faces antérieure et postérieure du

pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

MARS 1927. — Guérison. La malade n'a aucun trouble. Elle a repris son poids normal et travaille.

OBS. 405. — (R. 17, p. 119). — Mlle T... Marie, 35 ans. — La malade souffre depuis 20 ans.

19 JANVIER 1924. — INTERVENTION : On trouve un pylore fibreux sur lequel on pense qu'il y a un ulcère. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton. L'exploration du pylore par l'orifice de gastro montre qu'il s'agit bien d'un ulcère de la partie antéro-supérieure du pylore.

SUITES : La malade continue à souffrir depuis l'opération.

1^{er} MARS 1924. — INTERVENTION : On trouve le bouton dans l'anse jéjunale située en-dessous de la bouche de gastro. On sépare l'estomac de l'intestin puis on agrandit l'orifice gastrique. On enlève le bouton qui était fixé en arrière par les tuniques de l'estomac qui n'ont pas été écrasées. L'orifice de gastro est ensuite suturé à 3 plans.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 406. — (R. 18, p. 277). — Mme Gab..., 32 ans. — La malade souffre depuis 2 ans; ne vomit pas.

10 MARS 1925. — INTERVENTION : On trouve une cicatrice d'ulcère sur le pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

MARS 1927. — La malade a toujours continué de souffrir de 4 à 5 h. après les repas, mais ne vomit pas. Les digestions sont très difficiles et douloureuses. Les douleurs sont calmées par les alcalins. Poids stationnaire. Etat général peu satisfaisant.

OBS. 407. — (R. 19, p. 151). — Mlle G... Lucienne, 39 ans. — La malade a déjà été opérée en mai 1924 pour un ulcère gastrique. Elle a recommencé à souffrir et à vomir 1 an après.

15 OCTOBRE 1925. — INTERVENTION : On trouve un pylore fixé et induré, avec une cicatrice d'ulcère. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

MARS 1927. — La malade a toujours des douleurs gastriques tardives. Elle a été soignée médicalement pour des crises de douleurs et de vomissements, pour lesquelles elle a fait de longs séjours dans des services de médecine; mais on ne l'a pas montrée à un chirurgien. Elle est très faible et a un mauvais état général.

OBS. 408. — (R. 20, p. 27). — Mme D... Cécile, 24 ans. — La malade souffre et vomit depuis 3 mois. Elle entre à l'hôpital pour une hématomèse très abondante.

20 AVRIL 1926. — INTERVENTION : L'estomac est épaissi. On trouve une grosse induration du pylore. L'épiploon gastro-hépatique est œdématié au contact de l'ulcère, comme s'il y avait une perforation. L'ulcère étant très adhérent, il est impossible de l'enlever. On lie l'artère coronaire stomacique, la gastro-épiploïque droite et plusieurs petites branches. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Mort subite le huitième jour par hématomèse foudroyante. A la vérification on constate qu'il s'agit d'une ulcération intragastrique de la gastro-duodénale au-dessus de la ligature de la gastro-épiploïque.

OBS. 409. — (R. 20, p. 102). — Mme F... Madeleine, 63 ans. — La malade souffre et vomit depuis 20 ans.

13 JUILLET 1926. — INTERVENTION : On trouve un ulcère induré du pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : La malade fait une hémiplegie gauche le 15 Juillet 1926. Elle sort du service le 30 Juillet, paraissant guérie au point de vue gastrique. Elle meurt, des suites de son hémiplegie, le 21 Septembre 1926.

OBS. 410. — (R. 3, p. 238). — M. D... Jean, 63 ans. — Le malade, très cachectique, souffre et vomit depuis 5 ans.

10 MARS 1914. — INTERVENTION : On trouve un petit ulcère avec de nombreuses brides au niveau du pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Décès le 22 mars, de pneumonie double.

OBS. 411. — (R. 11, p. 304). — M. L... Georges, 62 ans. — Le malade souffre depuis 20 ans et vomit depuis 3 mois.

30 AOÛT 1919. — INTERVENTION : L'estomac est très grand. On trouve une sténose du pylore par ulcère induré et adhérent. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

23 SEPTEMBRE 1919. — INTERVENTION : On veut faire un deuxième temps. L'ulcère a presque complètement disparu. On referme le ventre.

MARS 1927. — Le malade est resté parfaitement guéri pendant 4 ans. Puis reprise des douleurs et des vomissements par périodes qui sont allées en se rapprochant. Décès le 26 août 1926.

OBS. 412. — (R. 14, p. 2). — M. D... Jean, 60 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 2 ans.

29 DÉCEMBRE 1921. — INTERVENTION : On trouve un énorme ulcère du pylore provoquant une sténose très serrée. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

13 JANVIER 1922. — INTERVENTION : On veut faire un deuxième temps. L'ulcère a disparu. On sent à peine une vague induration. On agrandit la gastroentérostomie qui était un peu rétrécie.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 413. — (R. 14, p. 273). — M. C... Jules, 44 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 3 mois.

6 DÉCEMBRE 1922. — INTERVENTION : On trouve un ulcère pylorique sténosant. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Le malade est notablement amélioré et a pris 7 kg. Mais il se plaint tellement que l'on se décide à réintervenir.

5 FÉVRIER 1923. — INTERVENTION : On se décide à réséquer l'ulcère qui s'étend assez loin sur le duodénum. Résection très difficile.

SUITES : Le 27 février 1923, le malade est toujours fébrile. Il s'étend au niveau de l'incision, une grosse collection de pus et de bile. Décès le 6 mars. Vérifié : il s'agit d'une tumeur duodénale allant à la peau.

GBS. 414. — (R. 15, p. 241). — M. D... Antoine, 55 ans. — Le malade souffre depuis 20 ans et vomit depuis 6 mois.

1^{er} OCTOBRE 1923. — INTERVENTION : On trouve un ulcère pylorique avec ganglions. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

16 OCTOBRE 1923. — INTERVENTION : On veut faire un deuxième temps. La tumeur a complètement disparu. La bouche de gastro est absolument normale. On referme.

SUITES : Absolument parfaites jusqu'en Août 1926. Puis reprise des douleurs.

14 OCTOBRE 1926. — INTERVENTION : L'estomac est enfoui sous des adhérences. On ne voit rien d'anormal; on referme.

Mars 1927. — Le malade continue à avoir des douleurs à l'heure tardive, mais sans vomissements; il a un peu maigri, et ses forces ont disparu. Le malade a revu le Docteur Delore qui a posé le diagnostic de néoplasme gastrique.

GBS. 415. — (R. 15, p. 308). — M. F... François, 54 ans. — Le malade souffre depuis 30 ans. Il a des vomissements abondants.

12 DÉCEMBRE 1923. — INTERVENTION : L'estomac est grand et épais. On trouve un ulcère pylorique étendu, adhérent au pancréas. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Parfaites jusqu'en Août 1924. Puis reprise des douleurs.

16 SEPTEMBRE 1924. — INTERVENTION : L'ancien ulcère a complètement disparu. On trouve un ulcère peptique de la bouche de gastro. On l'excise et on refait la gastro à la suture.

MARS 1927. — Suites parfaites jusqu'en Janvier 1927. Maintenant le malade recommence à souffrir légèrement 3 heures après les repas. Il avait pris 18 kg. et les a reperdus. Il ne vomit pas.

OBS. 416. — (R. 17, p. 85). — M. M... Jean, 56 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 5 semaines. Il se présente à l'hôpital avec une sténose pylorique totale et aiguë.

16 DÉCEMBRE 1924. — INTERVENTION : Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton très rapide, sans perdre son temps à rechercher la cause.

16 MARS 1925. — INTERVENTION : Le malade va très bien. On veut faire un deuxième temps. Mais l'ulcère, juxtapylorique a complètement disparu, laissant seulement une petite cicatrice. La bouche de gastro est normale. On referme le ventre.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a repris son poids normal et fait facilement un travail pénible.

OBS. 417. — (R. 17, p. 201). — M. R... Claudius, 35 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 3 mois.

21 MARS 1925. — INTERVENTION : L'estomac est épaissi et dilaté. On trouve un ulcère calleux du versant dudécal du pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

MARS 1927. — Guérison. Le malade ne souffre plus et digère bien. Il se plaint seulement d'avoir l'estomac un peu embarrassé le matin. Il a pris 6 kg. et travaille facilement.

OBS. 418. — (R. 18, p. 71). — M. M... Louis, 52 ans. — Le malade souffre depuis 7 ans. Il vomit depuis 6 mois. Sténose pylorique.

17 OCTOBRE 1925. — INTERVENTION : L'estomac est grand et épaissi. On trouve un ulcère cicatrisé de la partie moyenne de la petite courbure, et un deuxième ulcère actif du pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton, à cause du mauvais état général.

MARS 1927. — Le malade continue à souffrir tous les jours. Il n'a jamais bien digéré depuis l'intervention, et a maigri.

OBS. 419. — (R. 18, p. 117). — M. R... Emile, 49 ans. — Le malade souffre depuis 6 ans, et vomit depuis 3 ans. Sténose pylorique.

16 DÉCEMBRE 1925. — INTERVENTION : Sténose pylorique. On trouve un ulcère du versant duodénal du pylore, perforé et bouché par le petit épiploon. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

4 JANVIER 1926. — INTERVENTION : On veut faire un deuxième temps, mais l'ulcère a presque complètement disparu; le Balfour serait trop difficile. On referme.

15 AVRIL 1926. — INTERVENTION : Le malade a recommencé à vomir. On trouve une sténose de la bouche de gastro, sans trace d'ulcère. Réfection de la gastro par le procédé habituel.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a pris 12 kg. et travaille.

OBS. 420. — (R. 18, p. 145). — M. T... Jules, 56 ans. — Le malade souffre depuis 30 ans; il ne vomit pas.

15 JANVIER 1926. — INTERVENTION : On trouve un ulcère calleux du pylore avec sténose légère et adhérences. Sur la petite courbure, très haut, un deuxième ulcère presque cicatrisé. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

24 FÉVRIER 1926. — INTERVENTION : On veut faire un deuxième temps, mais on ne trouve plus trace des deux ulcères. On referme le ventre.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a pris 8 kg. et travaille.

OBS. 421. — (R. 19, p. 24). — M. B... Alfred, 58 ans. — Le malade souffre depuis 26 ans. Il ne vomit que rarement.

28 MAI 1926. — INTERVENTION : On trouve un ulcère pylorique en activité; et un deuxième ulcère haut situé de la petite courbure. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

MARS 1927. — Guérison. Le malade ne souffre plus. Il se plaint seulement que ses digestions sont un peu lourdes. Il a pris 4 kg. et travaille.

OBS. 422. — (R. 19, p. 160). — M. C... Claudius, 33 ans. — Le malade souffre depuis 8 mois, et il vomit depuis 8 jours. Sténose pylorique.

8 OCTOBRE 1926. — INTERVENTION : L'estomac est très dilaté. On trouve un ulcère pylorique avec sténose serrée. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

MARS 1927. — Le malade a continué de souffrir encore pendant 1 mois. Puis guérison complète. Il n'a aucun trouble actuellement. Il a pris 11 kg. et travaille.

OBS. 423. — (R. 19, p. 170). — M. S... Mohammed, 35 ans. — Le malade souffre depuis 2 ans; il ne vomit pas.

14 OCTOBRE 1926. — INTERVENTION : L'estomac est grand et épaissi. On trouve un petit ulcère enflammé du pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Le malade n'a plus souffert depuis son opération. Il est mort le 30 décembre 1926 de bacillose pulmonaire.

OBS. 424. — (Clientèle). — H., 37 ans.

25 OCTOBRE 1902. — INTERVENTION : Ulcère sténosant du pylore, avec hématémèses et méléna. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en Décembre 1906.

OBS. 425. — (Clientèle). — H., 56 ans.

26 AOUT 1907. — INTERVENTION : Ulcère avec sténose pylorique. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927.

OBS. 426. — (Clientèle). — H., 58 ans.

4 OCTOBRE 1907. — INTERVENTION : Ulcère cicatrisé sténosant du pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en mars 1908.

OBS. 427. — (Clientèle). — H., 36 ans.

25 JANVIER 1908. — INTERVENTION : Ulcère prépylorique adhérent au foie, avec sténose. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

16 DÉCEMBRE 1908. — INTERVENTION : Le malade revient avec des signes de sténose. La bouche de gastro est bouchée. Grosse périgastrite. On fait une gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 428. — (Clientèle). — F., 48 ans.

21 MAI 1908. — INTERVENTION : Gros ulcère prépylorique adhérent avec sténose. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : La malade va bien, mais conserve des troubles gastriques douloureux intermittents et peu accentués.

OBS. 429. — (Clientèle). — F., 65 ans.

8 OCTOBRE 1908. — INTERVENTION : Ulcère prépylorique adhérent au foie, avec sténose. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : La malade revient le 29 avril 1909 parce qu'elle souffre toujours. Mais elle refuse l'intervention. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 430. — (Clientèle). — H., 64 ans.

16 OCTOBRE 1908. — INTERVENTION : Ulcère cicatrisé et sténosant du pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927.

OBS. 431. — (Clientèle). — F., 50 ans.

7 NOVEMBRE 1908. — INTERVENTION : Enorme estomac. Pylorite ulcéreuse. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en Décembre 1909.

OBS. 432. — (Clientèle). — H., 56 ans.

2 FÉVRIER 1910. — INTERVENTION : Ulcère cicatrisé sténosant du pylore. Cachexie avancée. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton, sans anesthésie.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1914.

OBS. 433. — (Clientèle). — F., 36 ans.

20 AOUT 1910. — INTERVENTION : Ulcère prépylorique douloureux. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison gastrique. Mort en Octobre 1912 de bacillose pulmonaire.

OBS. 434. — (Clientèle). — F., 58 ans.

17 FÉVRIER 1916. — INTERVENTION : Ulcère sous-pylorique avec sténose et vomissements incoercibles. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1926.

OBS. 435. — (Clientèle). — H., 61 ans.

9 JUIN 1916. — INTERVENTION : Ulcère prépylorique avec sténose. Cachexie. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison gastrique parfaite. Mort accidentelle en 1920.

OBS. 436. — (Clientèle). — H., 49 ans.

8 FÉVRIER 1918. — INTERVENTION : Ulcère cicatrisé et sténosant du pylore. Vomissements incoercibles. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1924.

OBS. 437. — (Clientèle). — H., 54 ans.

6 FÉVRIER 1919. — INTERVENTION : Ulcère sous-pylorique avec sténose. Cachexie. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1924.

OBS. 438. — (Clientèle). — F., 60 ans.

7 SEPTEMBRE 1920. — INTERVENTION : Estomac énorme. Sténose ulcéreuse du pylore. Ponction préalable et gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1924.

OBS. 439. — (Clientèle). — F., 30 ans.

23 JUIN 1923. — INTERVENTION : Ulcère pylorique fissuré. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927.

OBS. 440. — (Clientèle). — H., 62 ans.

29 DÉCEMBRE 1924. — INTERVENTION : Ulcère calcaireux sous-pylorique, sténosant et adhérent. Cachexie. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927.

OBS. 441. — (Clientèle). — H., 53 ans.

3 MARS 1925. — INTERVENTION : Sténose pylorique ulcéreuse aiguë. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927.

OBS. 442. — (Clientèle). — H., 31 ans.

26 JUIN 1926. — INTERVENTION : Gastro-pylorite ulcéreuse avec sténose aiguë du pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927.

OBS. 443. — (Th. de Manhès). — H., 67 ans. — Malade ayant eu une gastroentérostomie au bouton en 1920 pour sténose pylorique. Suites bonnes pendant 3 ans. Puis reprise des douleurs sans vomissements.

15 JANVIER 1924. — INTERVENTION : Ulcère peptique de la bouche de gastro. Résection de l'ulcère et réfection de la gastro à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 444. — H., 36 ans. — Le malade souffre depuis 6 ans. Sténose pylorique depuis 1 an.

26 JANVIER 1908. — INTERVENTION : Gros ulcère induré prépylorique adhérent au foie. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Parfaites pendant 10 mois. Puis vomissements abondants.

16 DÉCEMBRE 1908. — INTERVENTION : Périgastrite étendue. Sténose de la bouche de gastro qui est réduite à l'état de simple bride. On fait une nouvelle gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 445. — (Th. de Ducroux). — H., 50 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 10 ans. Sténose pylorique.

16 AOUT 1918. — INTERVENTION : On trouve un ulcère pylorique sténosant et un petit ulcère de la petite courbure. A cause de la distension gastrique on fait une gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Décès en 24 h. par pneumonie droite.

OBS. 446. — (R. 6, p. 96). — Mme G... Rosa, 26 ans. — Pas de renseignements antérieurs.

17 JUIN 1916. — INTERVENTION : Ulcère pylorique enflammé provoquant une sténose serrée. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 447. — (R. 12, p. 169). — Mlle D... Rose, 26 ans. — La malade souffre depuis 10 ans; ne vomit pas.

16 JANVIER 1919. — INTERVENTION : L'estomac est est énorme et rempli de gaz. On trouve une petite cicatrice d'ulcère sur le pylore, dont l'obstruction n'est pas complète. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton, après ponction de l'estomac.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 448. — (R. 17, p. 152). — Mme P... Catherine, 36 ans. — La malade souffre et vomit depuis 3 ans.

20 FÉVRIER 1924. — INTERVENTION : On trouve un ulcère pylorique très sténosant. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 449. — (R. 18, p. 117). — Mme Des..., 61 ans. — La malade souffre et vomit depuis 2 ans.

4 OCTOBRE 1924. — INTERVENTION : On trouve un ulcère pylorique. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Décès le 24 Novembre 1926 de cause inconnue.

OBS. 450. — (R. 7, p. 156). — M. B... Etienne, 54 ans. — Sténose pylorique.

28 NOVEMBRE 1916. — INTERVENTION : L'estomac est très épaissi. On trouve un ulcère induré prépylorique. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 451. — (R. 7, p. 210). — M. L... Félix, 54 ans. — Le malade a eu des hémorragies il y a 14 ans, et il y a 4 ans. Il vomit tout depuis quelques jours.

6 JANVIER 1917. — INTERVENTION : L'estomac est distendu. Sur la petite courbure, tout contre le pylore, on trouve une zone cicatricielle due à un ancien ulcère. Nombreux ganglions. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 452. — (R. 9, p. 245). — M. C... Claude, 59 ans. — Le malade souffre depuis 3 ans et a des vomissements continuels depuis 2 mois.

28 MAI 1918. — INTERVENTION : Sténose très serrée. On trouve un ulcère cicatrisé du versant duodénal du pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 453. — (R. 10, p. 111). — M. M... Charles, 32 ans. — Le malade souffre depuis 6 mois; ne vomit pas.

28 NOVEMBRE 1918. — INTERVENTION : Sur le pylore, on trouve une petite cicatrice nacrée qui provient d'un ancien ulcère. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 454. — (R. 10, p. 130). — M. P... Joanny, 46 ans. — Pas de renseignements antérieurs.

24 DÉCEMBRE 1918. — INTERVENTION : L'estomac est un peu dilaté et un peu épaissi. On trouve un ulcère sur le bord supérieur du pylore, tout petit et rond. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 455. — (R. 12, p. 23). — M. N... Léopold, 39 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 4 ans. Sténose pylorique.

21 NOVEMBRE 1919. — INTERVENTION : Gros ulcère sus-pylorique adhérent au foie; perforé et bouché par le petit épiploon. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. On apprend son décès le 31 Août 1926 de cause inconnue.

OBS. 456. — (R. 16, p. 89). — M. B... Eugène, 71 ans. — Pas de renseignements antérieurs.

28 MARS 1924. — INTERVENTION : L'estomac est grand et très épaissi. On trouve un ulcère induré du pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. On apprend le décès du malade, date et cause inconnues.

OBS. 457. — (R. 17, p. 121). — M. G... Ramon, 45 ans. — Le malade souffre depuis 15 ans; il ne vomit pas.

15 JANVIER 1925. — INTERVENTION : L'estomac est grand et épaissi. On trouve un ulcère pylorique très adhérent et sténosant. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 458. — (R. 17, p. 134). — M. L... Simon, 31 ans. — Le malade souffre depuis 2 ans et vomit depuis 6 mois.

24 JANVIER 1925. — INTERVENTION : L'estomac est grand et épaissi. On trouve un ulcère du versant duodénal du pylore, en activité, adhérent. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 459. — (R. 17, p. 252). — M. C... Jules, 42 ans. — Le malade souffre depuis 4 ans et vomit depuis 3 mois.

8 MAI 1925. — INTERVENTION : L'estomac est épaissi et dilaté. On trouve un ulcère prépylorique. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

26 MAI 1925. — INTERVENTION : On veut faire un deuxième temps; mais l'ulcère a presque disparu. Devant ce résultat, on préfère ne pas faire de résection.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 460. — (R. 18, p. 201). — M. P... Benoît, 45 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 6 mois.

23 FÉVRIER 1926. — INTERVENTION : L'estomac est grand et épaissi. On trouve un ulcère sténosant sous-pylorique. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 461. — (R. 18, p. 278). — M. S... Salah, 40 ans. — Le malade souffre depuis 8 jours seulement.

17 AVRIL 1926. — INTERVENTION : On trouve un ulcère pyloro-duodénal très enflammé, avec péri-gastrite intense. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 462. — (R. 19, p. 224). — M. M... Bartholomei, 38 ans. —
Le malade souffre depuis 3 ans et vomit depuis
trois mois.

30 NOVEMBRE 1926. — INTERVENTION : Enorme
ulcère prépylorique adhérent. Etant donné la forte
sténose existante, on fait une gastroentérostomie pos-
térieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulté-
rieures.

OBS. 463. — (Clientèle). — F., 64 ans.

8 NOVEMBRE 1902. — INTERVENTION : Ulcère du
pylore avec adhérences. Gastroentérostomie posté-
rieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulté-
rieures.

OBS. 464. — (Clientèle). — H., 60 ans.

11 JUILLET 1904. — INTERVENTION : Sténose pylo-
rique par ulcère. Gastroentérostomie postérieure
transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulté-
rieures.

OBS. 465. — (Clientèle). — H., 62 ans.

26 AVRIL 1905. — INTERVENTION : Sténose pylorique
par ulcère. Gastroentérostomie postérieure transmé-
socolique au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulté-
rieures.

OBS. 466. — (Clientèle). — H., 29 ans.

13 JUIN 1905. — INTERVENTION : Sténose pylorique
par ulcère. On trouve un deuxième ulcère sur la
petite courbure. Gastroentérostomie postérieure
transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulté-
rieures.

OBS. 467. — (Clientèle). — H., 30 ans.

27 SEPTEMBRE 1905. — INTERVENTION : Enorme ulcère prépylorique avec sténose; fissure de l'ulcère et périgastrite. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 468. — (Clientèle). — F., 45 ans.

10 FÉVRIER 1906. — INTERVENTION : — Ulcère sous-pylorique avec dilatation et ptose gastrique. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 469. — (Clientèle). — H., 63 ans.

14 AVRIL 1906. — INTERVENTION : Sténose pylorique par ulcère ancien. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 470. — (Clientèle). — H., 40 ans.

8 OCTOBRE 1906. — INTERVENTION : Ulcère prépylorique très adhérent. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 471. — (Clientèle). — F., 69 ans.

10 JANVIER 1907. — INTERVENTION : Sténose fibreuse du pylore par ancien ulcère. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 472. — (Clientèle). — H., 23 ans.

12 JANVIER 1907. — INTERVENTION : Sténose du pylore par ulcère. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 473. — (Clientèle). — F., 39 ans.

12 JUIN 1907. — INTERVENTION : Ulcère prépylorique avec sténose. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 474. — (Clientèle). — H., 35 ans.

16 JANVIER 1908. — INTERVENTION : Ulcère sténosant cicatrisé du pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 475. — (Clientèle). — F., 43 ans.

4 AVRIL 1908. — INTERVENTION : Ulcère prépylorique avec sténose incomplète. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 476. — (Clientèle). — H., 58 ans.

11 JUILLET 1908. — INTERVENTION : Ulcère prépylorique avec sténose. Vomissements incoercibles. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 477. — (Clientèle). — H., 40 ans.

5 AOUT 1908. — INTERVENTION : Ulcère prépylorique sténosant. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 478. — (Clientèle). — H., 60 ans.

11 SEPTEMBRE 1911. — INTERVENTION : Ulcère prépylorique adhérent. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 479. — (Clientèle). — H., 50 ans.

5 FÉVRIER 1913. — INTERVENTION : Ulcère souspylorique. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 480. — (Clientèle). — H., 50 ans.

7 AVRIL 1913. — INTERVENTION : Ulcère prépylorique avec sténose. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton, sans anesthésie.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 481. — (Clientèle). — F., 65 ans.

12 AVRIL 1913. — INTERVENTION : Ulcère pylorique adhérent. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton, sans anesthésie.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 482. — (Clientèle). — H., 50 ans.

13 MAI 1914. — INTERVENTION : Ulcère du versant duodénal du pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 483. — (Clientèle). — F., 59 ans.

23 JANVIER 1919. — INTERVENTION : Sténose par ulcère prépylorique cicatrisé. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 484. — (Clientèle). — F. 53 ans.

29 OCTOBRE 1919. — INTERVENTION : Ulcère prépylorique avec périgastrite étendue. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

§ 3. — *Gastrectomies Billroth II en 1 temps*

OBS. 485. — (R. 19, p. 187). — Mlle M., Pauline, 47 ans. — La malade souffre et vomit depuis 6 ans.

4 DÉCEMBRE 1925. — INTERVENTION : On trouve un ulcère pylorique avec sténose. Gastropyloréctomie Billroth II (bouton).

MARS 1927. — Guérison. La malade n'a aucun trouble. Elle a pris 6 kg. et travaille facilement.

OBS. 486. — (R. 26, p. 25). — Mme Roum., 67 ans. — La malade souffre depuis 2 ans. Elle a eu une hématemèse.

14 AVRIL 1926. — INTERVENTION : On trouve un ulcère sous-pylorique adhérent. On fait une gastropyloréctomie Billroth II (bouton, après avoir thermocautérisé ce qui reste d'ulcère sur le duodénum.

MARS 1927. — Guérison. La malade n'a aucun trouble. Elle a repris son poids normal et travaille.

OBS. 487. — (R. 17, p. 66). — M. F., Joseph, 49 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 20 ans.

28 NOVEMBRE 1924. — INTERVENTION : On trouve un ulcère du versant duodénal du pylore, sténosant et adhérent au pancréas. Gastropyloréctomie Billroth II (bouton).

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a pris 11 kg. et travaille bien.

OBS. 488. — (R. 17, p. 93). — M. L... Jean, 28 ans. — Le malade souffre depuis 2 ans et vomit depuis 1 mois.

22 DÉCEMBRE 1924. — INTERVENTION : On trouve un ulcère induré de l'antra pylorique. Large gastropyloréctomie Billroth II (bouton).

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble gastrique. Il se plaint seulement de temps en temps de légères coliques, et de quelques troubles du transit intestinal. Il a pris 10 kg. et travaille facilement.

OBS. 489. — (R. 19, p. 205). — M. R... André, 37 ans. — Le malade souffre depuis 6 ans; il ne vomit pas.

17 NOVEMBRE 1926. — INTERVENTION : L'estomac est très grand mais peu épaissi. On trouve un ulcère prépylorique mobile. Gastropyloréctomie Billroth II (bouton).

SUITES : Décès le 1^{er} Décembre 1926, le malade cachectique, n'ayant pu faire les frais de l'intervention.

OBS. 490. — (R. 19, p. 274). — M. R... Jean, 38 ans. — Le malade souffre depuis 2 ans. Il a de rares vomissements.

7 JANVIER 1927. — INTERVENTION : On trouve un petit ulcère de la partie moyenne de la petite courbure. En outre, il y a un deuxième ulcère enflammé du pylore. L'estomac est grand, non épaissi. Large gastropyloréctomie Billroth II (bouton).

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a pris 5 kg. et travaille facilement.

OBS. 491. — (Clientèle). — H., 34 ans.

12 MARS 1914. — INTERVENTION : Le malade a eu des hématomésés. Ulcère prépylorique. Gastropyloréctomie Billroth II (bouton).

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927.

OBS. 492. — (R. 5, p. 25). — M. V... Marius, 41 ans. — Le malade a depuis longtemps des signes de sténose.

14 JANVIER 1916. — INTERVENTION : On trouve un gros ulcère prépylorique mobile. Gastropyloréctomie Billroth II (bouton).

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 493. — (Clientèle). — H., 39 ans.

13 OCTOBRE 1926. — INTERVENTION : Ulcère calleux prépylorique. Large gastropyloréctomie Billroth II (bouton).

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

§ 4. — *Gastrectomies Billroth II en 2 temps*

OBS. 494. — (R. 13, p. 127). — Mme B... Marie, 67 ans. — La malade souffre et vomit depuis 1 an.

4 JUIN 1919. — INTERVENTION : On trouve un ulcère prépylorique avec le pylore remonté sur la petite courbure. C'est un ulcère calleux, étoilé, adhérent au pancréas. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

19 JUIN 1919. — INTERVENTION : Deuxième temps. Gastropyloréctomie large. Suture des tranches à 3 plans. L'ulcère est cicatrisé. Il siège immédiatement au-dessus du pylore.

MARS 1927. — Guérison parfaite. La malade n'a aucun trouble. Elle a pris 25 kg. et malgré son âge (75 ans) fait facilement un travail pénible.

OBS. 495. — (R. 18, p. 190). — Mme Gen..., 51 ans. — La malade souffre depuis 3 ans, mais ne vomit que rarement.

6 DÉCEMBRE 1924. — INTERVENTION : L'estomac est énorme et très épais. On trouve un gros ulcère calleux paraissant sous-pylorique. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

22 DÉCEMBRE 1924. — INTERVENTION : Deuxième temps. Gastropyloréctomie. La tranche duodénale a été suturée à quatre plans.

MARS 1927. — Guérison. La malade n'a aucun trouble. Elle a pris 10 kg. et travaille.

OBS. 496. — (R. 20, p. 157). — Mlle V... Joséphine, 24 ans. — La malade souffre et vomit depuis 1 an.

25 SEPTEMBRE 1926. — INTERVENTION : On trouve sur le pylore un ulcère avec des trainées de végétations. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

21 OCTOBRE 1926. — INTERVENTION : Deuxième temps. Gastropyloréctomie. La bouche de gastro s'étant rétrécie, on l'agrandit à la suture. On voit sur la pièce opératoire, qu'il y a en plus de l'ulcère pylorique, 4 ou 5 ulcères à la suite sur la petite courbure.

MARS 1927. — Guérison. La malade n'a aucun trouble. Elle a repris son poids normal et travaille.

OBS. 497. — (R. 17, p. 70). — M. Vin..., 44 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 7 ans.

3 DÉCEMBRE 1924. — INTERVENTION : On trouve un ulcère sténosant du pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

15 DÉCEMBRE 1924. — INTERVENTION : Deuxième temps : L'ulcère va du côté du duodénum. Gastropyloréctomie. Sur la pièce opératoire, on trouve en réalité 3 ulcères à la suite l'un de l'autre.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a pris 14 kg. et travaille facilement.

OBS. 498. — (Clientèle). — H., 50 ans.

11 SEPTEMBRE 1908. — INTERVENTION : Ulcère prépylorique sténosant, adhérent au foie. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

10 NOVEMBRE 1908. — INTERVENTION : Deuxième temps. Gastropyloréctomie.

SUITES : Guérison parfaite. Décès accidentel du malade en 1912.

OBS. 499. — (Clientèle). — H., 61 ans.

9 NOVEMBRE 1920. — INTERVENTION : Ulcère calleux prépylorique sténosant. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

24 NOVEMBRE 1920. — INTERVENTION : Deuxième temps : Gastropyloréctomie.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927.

OBS. 500. — (Clientèle). — F., 48 ans.

17 AVRIL 1923. — INTERVENTION : Ulcère calleux prépylorique. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton. Malade très cachectique.

12 MAI 1923. — INTERVENTION : Deuxième temps : Gastropyloréctomie.

SUITES : La malade a très bien été pendant 2 ans. Morte en mai 1926 de néoplasme gastrique.

OBS. 501. — (Clientèle). — H., 35 ans.

10 AVRIL 1925. — INTERVENTION : Ulcère calleux prépylorique avec hémorragie grave. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

23 AVRIL 1925. — INTERVENTION : Deuxième temps : Large gastropyloréctomie.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en mars 1927

OBS. 502. — (R. 15, p. 206). — Mme L... Françoise, 33 ans. — Pas de renseignements antérieurs.

16 JANVIER 1922. — INTERVENTION : On trouve un ulcère prépylorique sténosant, très induré. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

6 FÉVRIER 1922. — INTERVENTION : Deuxième temps : L'ulcère a bien diminué. L'estomac est beaucoup moins grand. Gastropyloréctomie facile.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 503. — (R. 12, p. 136). — M. F... Jimenez, 52 ans. — Le malade souffre depuis 2 ans et vomit depuis 2 mois.

27 AVRIL 1920. — INTERVENTION : On trouve un ulcère juxtapylorique très adhérent. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

19 MAI 1920. — INTERVENTION : Deuxième temps : Gastropyloréctomie facile.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 504. — (Clientèle). — H., 60 ans.

4 JUIN 1918. — INTERVENTION : Ulcère prépylorique avec sténose et adhérences. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

6 JUILLET 1918. — INTERVENTION : Deuxième temps : Gastropyloréctomie.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 505. — (R. 13, p. 245). — Mme C... Delphine, 70 ans. — La malade vomit depuis 1 an.

2 DÉCEMBRE 1919. — INTERVENTION : L'estomac est grand et très épaissi. On trouve un ulcère sous-pylorique avec sténose. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

23 DÉCEMBRE 1919. — INTERVENTION : Deuxième temps : Gastropyloréctomie sous séreuse difficile.

MARS 1927. — Guérison parfaite. La malade n'a aucun trouble. Elle a pris 10 kg. Agée de 78 ans, elle a une santé parfaite et reste très robuste.

OBS. 506. — (R. 8, p. 227). — M. B... Pierre, 52 ans. — Le malade souffre depuis 1 an et vomit depuis 1 mois.

10 AOÛT 1917. — INTERVENTION : On trouve un gros ulcère pylorique, adhérent au mésocôlon transverse. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

8 OCTOBRE 1917. — INTERVENTION : Deuxième temps : Gastropyloréctomie facile.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a pris 21 kg. et travaille facilement.

OBS. 507. — (R. 12, p. 245). — M. M... Jean, 50 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 1 an.

4 OCTOBRE 1920. — INTERVENTION : On trouve un ulcère pylorique très adhérent. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

2 DÉCEMBRE 1920. — INTERVENTION : Deuxième temps : L'estomac est très adhérent. L'ablation de l'ulcère entraîne une déchirure du pylore. On fait alors une gastropyloréctomie Billroth II.

20 DÉCEMBRE 1920. — INTERVENTION : Le malade a fait une fistule duodénale que l'on ferme par deux points de suture après cautérisation.

SUITES : On revoit le malade le 18 février 1921. Il va bien mais la fistule existe toujours.

6 SEPTEMBRE 1921. — INTERVENTION : On libère la fistule, qui est une fistule gastrique et non une fistule duodénale comme on l'avait cru. Suture de l'estomac à 4 plans.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 508. — (R. 13, p. 96). — M. D... François, 47 ans. — Le malade souffre depuis 5 ans. Il ne vomit pas.

21 AVRIL 1921. — INTERVENTION : On trouve un ulcère du versant duodénal du pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

19 MAI 1921. — INTERVENTION : Deuxième temps : Gastropyloréctomie assez facile.

SUITES : Parfaites jusqu'en Juillet 1924. Puis le malade souffre et vomit.

20 DÉCEMBRE 1924. — INTERVENTION : On trouve un ulcère peptique du jéjunum. Excision de l'ulcère et réfection de la gastroentérostomie à la suture.

MARS 1927. — Le malade a revu le Docteur Delore 1 an après la dernière intervention, pour des douleurs gastriques. Il lui a donné un régime. A l'heure actuelle le malade a un peu maigri; il a toujours des douleurs tardives. Le diagnostic clinique d'ulcère peptique a été porté, mais le malade refuse l'intervention.

OBS. 509. — (R. 14, p. 81). — M. P... Jules, 57 ans. — Le malade souffre depuis 8 ans; il ne vomit pas.

10 AVRIL 1922. — INTERVENTION : On trouve un ulcère de la partie supérieure du pylore. Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

28 AVRIL 1922. — INTERVENTION : Deuxième temps : Gastropylorectomie assez facile.

SUITES : Parfaites jusqu'en Septembre 1924. Ensuite le malade se plaint de ballonnements et de digestions pénibles; mais il ne souffre pas et ne vomit pas.

18 JUILLET 1925. — INTERVENTION : Laparatomie exploratrice. On ne trouve absolument rien d'anormal. On referme.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 510. — (R. 14, p. 156). — M. G... Paul, 53 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 2 ans.

12 JUILLET 1922. — INTERVENTION : On trouve un gros ulcère pylorique dur et adhérent. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

6 SEPTEMBRE 1922. — INTERVENTION : Deuxième temps : L'ulcère est à peu près cicatrisé. Gastropylorectomie assez facile.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a pris 13 kg. et travaille facilement.

OBS. 511. — (Clientèle). — F., 38 ans.

25 NOVEMBRE 1919. — INTERVENTION : Pylorite ulcéreuse sténosante. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

16 DÉCEMBRE 1919. — INTERVENTION : Deuxième temps : Gastropylorectomie.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927.

OBS. 512. — (Th. de Manhès). — H., 57 ans. — Le malade souffre depuis 2 ans. Sténose pylorique complète.

4 JUIN 1918. — INTERVENTION : On trouve un ulcère prépylorique adhérent au pancréas. Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

4 JUILLET 1918. — INTERVENTION : Deuxième temps : Gastropyloréctomie très difficile à cause des adhérences.

SUITES : Parfaites pendant 3 ans. Puis reprise des douleurs sans vomissements.

16 MARS 1921. — INTERVENTION : On trouve un ulcère peptique de la bouche de gastro, perforé et bouché par le mésocôlon. Excision de l'ulcère et réfection de la gastro à la suture.

SUITES : Le malade a été revu 3 ans après très bien guéri.

OBS. 513. — (R. 12, p. 225). — M. P... Marius, 27 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 1 an.

11 SEPTEMBRE 1920. — INTERVENTION : On trouve un ulcère pylorique très adhérent et sténosant. Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

25 SEPTEMBRE 1920. — INTERVENTION : Deuxième temps : Gastropyloréctomie assez facile.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 514. — (Clientèle). — F., 30 ans.

10 JUIN 1914. — INTERVENTION : Ulcère prépylorique avec sténose. Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

25 JUIN 1914. — INTERVENTION : Deuxième temps : Gastropyloréctomie.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

§ 5. — *Gastroentérostomie avec cautérisation
à la Balfour*

OBS. 515. — (R. 16, p. 25). — M. T... Claudius, 59 ans. — Le malade souffre depuis 30 ans; il ne vomit pas.

19 JANVIER 1924. — INTERVENTION : L'estomac est grand et épaissi. On trouve un ulcère sténosant du pylore. Large gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Parfaites pendant 2 mois. Puis le malade se remet à souffrir mais moins qu'avant.

17 AVRIL 1924. — INTERVENTION : L'ulcère a bien diminué. Les adhérences ont tellement fondu qu'on pourrait l'enlever facilement. On se contente de faire un Balfour. La bouche de gastro est normale.

MARS 1927. — Le malade ne souffre plus de l'estomac et digère très bien. Mais il se plaint de violentes coliques dues peut-être à des adhérences. Il a pris 5 kg. et peut travailler.

OBS. 516. — (R. 17, p. 11). — M. P... Claude, 62 ans. — Le malade souffre depuis 6 ans et vomit depuis 3 mois.

22 OCTOBRE 1924. — INTERVENTION : L'estomac est immense et très épaissi. On trouve un ulcère pylorique. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton, à cause de la cachexie.

12 NOVEMBRE 1924. — INTERVENTION : Deuxième temps : On trouve l'ulcère pylorique toujours en activité; il y a un deuxième petit ulcère sur la petite courbure. Cautérisation à la Balfour. La bouche de gastro est normale.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a pris 17 kg. et peut travailler.

OBS. 517. — (R. 17, p. 64). — M. M... Joseph, 54 ans. — Le malade souffre depuis 20 ans. Il ne vomit pas.

3 DÉCEMBRE 1924. — INTERVENTION : On trouve un ulcère du versant duodénal du pylore, très adhé-

rent. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

18 DÉCEMBRE 1924. — INTERVENTION : Deuxième temps : On ne peut pas extérioriser l'ulcère. On se contente de faire un Balfour.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a pris 17 kg. et travaille facilement.

OBS. 518. — (R. 17, p. 102). — M. B... Benoit, 74 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 6 mois.

31 DÉCEMBRE 1924. — INTERVENTION : On trouve un ulcère du versant duodénal du pylore, sténosant. Cet ulcère est perforé et bouché par le foie. On fait un Balfour et une gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

MARS 1927. — Guérison : Le malade n'a aucun trouble. Il a pris 5 kg. et est satisfait de son état.

OBS. 519. — (R. 17, p. 131). — M. D... Vincent, 46 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 9 ans.

23 JANVIER 1925. — INTERVENTION : On trouve un ulcère adhérent du versant duodénal du pylore, à cheval sur la veine pylorique et situé face antérieure. On fait un Balfour et une gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a repris son poids normal et travaille.

OBS. 520. — (R. 17, p. 237). — M. B... Marius, 38 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 5 ans.

27 AVRIL 1925. — INTERVENTION : On trouve un petit ulcère pylorique en voie de cicatrisation. On fait un Balfour et une gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison : Le malade n'a aucun trouble. Il a repris son poids normal et travaille.

OBS. 521. — (R. 17, p. 243). — M. B... Jean, 57 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 6 mois. Il entre à

l'hôpital pour un syndrome de perforation survenu le 13 avril.

16 AVRIL 1925. — INTERVENTION : On trouve du liquide purulent sous le foie. Le péritoine est bien cloisonné. Il s'agit d'un ulcère pylorique perforé. On enfoui l'ulcère après l'avoir cautérisé (Balfour) et on fait une gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

MARS 1927. — Le malade continue à souffrir un peu après les repas. Il ne vomit pas. Son état général serait plutôt médiocre. Le malade peut cependant travailler.

OBS. 522. — (R. 18, p. 24). — M. M... Marius, 39 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 15 ans.

24 JUILLET 1925. — INTERVENTION : On trouve un ulcère mobile du pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

2 AOUT 1925. — INTERVENTION : Deuxième temps : L'ulcère est en voie de cicatrisation. On fait un Balfour.

MARS 1927. — Le malade a un très bon état général. Il digère assez bien, se plaignant seulement de quelques troubles dyspeptiques (régurgitations acides). Il a pris 10 kg et peut facilement faire son travail.

OBS. 523. — (R. 18, p. 51). — M. V... Pierre, 41 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 2 ans.

17 SEPTEMBRE 1925. — INTERVENTION : On trouve un ulcère prépylorique adhérent. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

30 SEPTEMBRE 1925. — INTERVENTION : Deuxième temps : L'ulcère a complètement disparu. On fait un Balfour sur la cicatrice.

MARS 1927. — Le malade digère bien et ne souffre plus. Il se plaint de quelques aigreurs le matin au réveil. Il a pris 6 kg et travaille facilement.

OBS. 524. — (R. 18, p. 54). — M. V... Louis, 52 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 10 ans.

24 SEPTEMBRE 1925. — INTERVENTION : On trouve un ulcère pylorique avec gros œdème. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

10 OCTOBRE 1925. — INTERVENTION : Deuxième temps : L'ulcère est à peu près cicatrisé. Devant ce résultat, on ne songe pas à l'enlever. On fait un Balfour sur la cicatrice.

MARS 1927. — Les digestions se maintiennent pénibles. Le malade a des douleurs vagues, 3 à 4 h. après les repas; il ne vomit pas. Son poids et ses forces sont stationnaires.

OBS. 525. — (R. 18, p. 183). — M. C... Johannès, 46 ans. — Le malade souffre depuis 12 ans et vomit depuis 1 an.

15 FÉVRIER 1926. — INTERVENTION : On trouve un ulcère calleux de la région pylorique. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

3 MARS 1926. — INTERVENTION : Deuxième temps : L'ulcère a bien diminué. On fait un Balfour.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a repris son poids normal et travaille.

OBS. 526. — (R. 18, p. 227). — M. B... Antoine, 61 ans. — Le malade souffre depuis 17 ans; il ne vomit pas.

11 MARS 1926. — INTERVENTION : On trouve un ulcère pylorique sténosant. On fait un Balfour et une gastroentérostomie postérieure précolique au bouton, à cause de la brièveté du mésocôlon.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a repris son poids normal et travaille.

OBS. 527. — (R. 18, p. 297). — M. R... Joseph, 42 ans. — Le malade souffre depuis 5 ans; il ne vomit pas.

30 AVRIL 1926. — INTERVENTION : L'estomac est grand et épaissi. On trouve un ulcère du versant duodénal du pylore. On fait un Balfour et une gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a pris 2 kg et travaille facilement.

OBS. 528. — (R. 18, p. 298). — M. G... Marius, 40 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 7 ans.

30 AVRIL 1926. — INTERVENTION : On trouve un ulcère pylorique presque cicatrisé. On fait un Balfour et une gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. Le malade digère bien et ne souffre plus. Il a de temps en temps quelques vomissements glaireux. Il a repris son poids normal et travaille facilement.

OBS. 529. — (R. 19, p. 65). — M. C... Auguste, 45 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 4 ans.

3 JUILLET 1926. — INTERVENTION : L'estomac est grand et dilaté. On trouve deux ulcères. L'un sur le pylore; l'autre à la partie moyenne de la petite courbure. On excise l'ulcère de la petite courbure et on fait un Balfour sur l'ulcère pylorique. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

MARS 1927. — Le malade conserve des digestions pénibles. Il éprouve des tiraillements sans douleurs vraies. Son état général est médiocre. Il a pris 4 kg; le travail lui est pénible.

OBS. 530. — (R. 19, p. 81). — M. C... Henri, 41 ans. — Le malade souffre depuis 5 ans; il ne vomit pas.

17 JUILLET 1926. — INTERVENTION : On trouve un ulcère calleux sous-pylorique, très adhérent. On fait un Balfour et une gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a repris son poids normal et travaille.

OBS. 531. — (Clientèle). — F., 31 ans.

28 OCTOBRE 1924. — INTERVENTION : Ulcère du versant duodénal du pylore avec sténose incomplète,

Balfour et gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927.

OBS. 532. — (Clientèle). — F., 42 ans.

10 OCTOBRE 1925. — INTERVENTION : Ulcère cal-leux du versant duodénal du pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture et Balfour.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927.

OBS. 533. — (Clientèle). — H., 65 ans.

23 SEPTEMBRE 1925. — INTERVENTION : Ulcère cal-leux sténosant du versant duodénal du pylore. Balfour et gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 534. — (R. 17, p. 73). — M. Lem..., 61 ans. — Le malade souffre depuis 2 ans; il ne vomit pas.

6 DÉCEMBRE 1924. — INTERVENTION : L'estomac est énorme et épaissi. On trouve un ulcère prépylorique sténosant. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

23 DÉCEMBRE 1924. — INTERVENTION : Deuxième temps : L'ulcère a bien diminué. Comme il serait trop difficile de l'enlever, on fait un Balfour.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 535. — (R. 16, p. 249). — Mlle D... Marie-Louise, 29 ans. — La malade souffre depuis 3 ans. Elle entre à l'hôpital pour une perforation d'ulcère gastrique.

7 JUIN 1923. — INTERVENTION : On trouve une énorme perforation d'un ulcère prépylorique. On fait un Balfour sur la perforation et une suture à 3 plans.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

§ 6. — *Gastroentérostomie avec enfouissement
de l'ulcère*

OBS. 536. — (R. 14, p. 210). — Mme E... Isabelle, 33 ans. — La malade souffre depuis 5 ans; elle ne vomit pas.

24 DÉCEMBRE 1920. — INTERVENTION : Sur la face antérieure du pylore, on trouve un petit ulcère qui fronce la séreuse. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture. On enfouit l'ulcère par quelques points séro-séreux pour éviter sa perforation.

SUITES : La malade est revue le 23 Septembre 1921 pour des troubles urinaires. On pense à une bacillose rénale, mais l'inoculation est négative. Son estomac va très bien. Elle part quelques jours après, allant parfaitement bien au point de vue gastrique et urinaire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 537. — (R. 17, p. 147). — M. T... Marcel, 27 ans. — Le malade est envoyé d'urgence à l'hôpital pour une perforation d'ulcère gastrique.

16 JANVIER 1925. — INTERVENTION : On trouve du liquide gastrique dans le ventre. Il s'agit d'un petit ulcère pylorique perforé que l'on suture et que l'on enfouit. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton. On met un drain suspubien.

MARS 1927. — Guérison. Le malade a quelques aigreurs, mais ni douleurs ni vomissements. Il digère bien. Il a repris son poids normal et peut travailler.

OBS. 538. — (R. 17, p. 161). — M. M... Louis, 53 ans. — Le malade est amené d'urgence à l'hôpital pour une perforation d'ulcère gastrique.

4 FÉVRIER 1925. — INTERVENTION : Il s'agit de la perforation d'un ulcère juxta-pylorique. On l'enfouit à 2 plans. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton. Drainage sus-pubien.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a repris son poids normal et travaille.

OBS. 539. — (R. 17, p. 178). — M. P... Waldemar, 57 ans. — Le malade souffre depuis 15 ans et vomit depuis 1 mois. Il est amené d'urgence à l'hôpital pour une perforation d'ulcère gastrique.

4 MARS 1925. — INTERVENTION : On trouve un ulcère pylorique perforé. Il y a du liquide gastrique dans le ventre. Cautérisation des bords de l'ulcère et enfouissement. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a repris son poids normal et travaille facilement.

OBS. 540. — (R. 19, p. 135). — M. M... Jean, 49 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 8 ans.

23 SEPTEMBRE 1926. — INTERVENTION : On trouve un ulcère sténosant du pylore, en voie de cicatrisation. Enfouissement de l'ulcère. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il se plaint seulement que sa cicatrice soit un peu douloureuse. Il a repris son poids normal et travaille.

OBS. 541. — (R. 19, p. 218). — M. Tou..., 53 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 10 ans.

26 NOVEMBRE 1926. — INTERVENTION : On trouve un ulcère sous-pylorique adhérent. En tirant sur l'ulcère on l'ouvre: il était perforé et bouché par le petit épiploon. Étant donné le mauvais état général du malade, la résection serait trop grave. On suture l'ulcère et on l'enfouit. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a repris son poids normal et travaille facilement.

§ 7. — *Gastroentérostomie avec excision
de l'ulcère*

OBS. 542. — (R. 16, p. 111). — Mme F... Joséphine, 52 ans. — La malade souffre et vomit depuis 20 ans.

11 DÉCEMBRE 1922. — INTERVENTION : L'estomac est immense. On trouve un ulcère calleux prépylorique. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

22 DÉCEMBRE 1922. — INTERVENTION : Deuxième temps : résection de l'ulcère.

MARS 1927. — Guérison. La malade n'a aucun trouble. Elle a pris 10 kg. et travaille facilement.

OBS. 543. — (R. 10, p. 142). — M. B... Antoine, 39 ans. — Le malade souffre violemment et vomit depuis 6 mois.

14 JANVIER 1919. — INTERVENTION : On trouve une cicatrice de vieil ulcère sur le pylore. Sur le duodénum, à 2 cm du pylore, existe une petite induration, peut-être due à un ulcère. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

28 FÉVRIER 1922. — INTERVENTION : Les douleurs ont reparu depuis 1 an. La bouche de gastro est normale. On trouve un ulcère en activité de la petite courbure. Excision de l'ulcère.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a repris son poids normal et travaille.

OBS. 544. — (R. 15, p. 254). — M. P... Jean, 54 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 5 ans.

13 OCTOBRE 1923. — INTERVENTION : On trouve un ulcère prépylorique encore mobile. Excision de l'ulcère et suture longitudinale. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a pris 15 kg et travaille facilement.

OBS. 545. — (R. 19, p. 251). — M. R... Jean, 56 ans. — Le malade souffre depuis 15 ans et vomit depuis 4 mois.

23 DÉCEMBRE 1926. — INTERVENTION : L'estomac est épaissi mais non dilaté. On trouve un ulcère sous-pylorique avec une sténose ancienne. Excision de l'ulcère. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

MARS 1927. — Le malade ne souffre plus et digère bien. Mais, de temps en temps, il a quelques vomissements bilieux. Il a pris 3 kg et travaille.

OBS. 546. — (Clientèle). — H., 49 ans.

4 MAI 1921. — INTERVENTION : Ulcère prépylorique Résection large et gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927.

§ 8. — *Excision seule de l'ulcère*

OBS. 547. — (R. 7, p. 236). — Mme Maz..., 58 ans. — Pas de renseignements antérieurs.

17 JANVIER 1917. — INTERVENTION : Il s'agit d'une femme très cachectique ayant une fistule médiane sous-ombilicale, par laquelle sort du pus. Cette fistule conduit dans l'estomac, au niveau du pylore, sur l'emplacement d'un ancien ulcère. On résèque cette fistule et on ferme l'estomac à 3 plans.

SUITES : Décès le 23 janvier 1917 par cachexie.

OBS. 548. — (R. 18, p. 2). — Mme D... Victorine, 41 ans. — La malade souffre et vomit depuis 8 ans.

24 JUIN 1924. — INTERVENTION : On trouve un ulcère prépylorique que l'on résèque largement.

MARS 1927. — Guérison. La malade n'a aucun trouble. Elle a pris 18 kg et travaille facilement.

§ 9. — *Gastroentérostomie et exclusion du pylore*

OBS. 549. — (Clientèle). — H., 40 ans.

16 MARS 1926. — INTERVENTION : Ulcère pylorique. Section du pylore et gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927.

OBS. 550. — (R. 12, p. 159). — M. S... Paul, 25 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 3 ans.

4 JUIN 1920. — INTERVENTION : On trouve un ulcère juxta-pylorique avec froncement du pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

24 JUIN 1920. — INTERVENTION : Deuxième temps : On veut faire l'exérèse. L'ulcère est diminué de volume mais toujours fixé; l'exérèse serait dangereuse. On fait l'exclusion du pylore, par section complète et suture de chaque tranche.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

§ 10. — *Gastropylorectomies de types divers*

OBS. 551. — (R. 15, p. 190). — Mme D... Marie, 39 ans. — La malade souffre et vomit depuis 5 ans.

15 DÉCEMBRE 1921. — INTERVENTION : L'estomac est épaissi et dilaté. On trouve un ulcère de la région pylorique, adhérent en avant et en arrière. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

29 DÉCEMBRE 1921. — INTERVENTION : Deuxième temps : on enlève l'ulcère qui est en voie de cicatrisation par une pylorectomie. Abouchement de la tranche duodénale dans le bas de la tranche gastrique.

MARS 1927. — Guérison. La malade n'a aucun trouble. Elle a pris 16 kg et travaille facilement.

OBS. 552. — (R. 12, p. 193). — M. L... Jean, 57 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 20 ans.

2 AOUT 1920. — INTERVENTION : On trouve deux ulcères : l'un sur la petite courbure; l'autre un peu dur sur le pylore. Pylorectomie avec abouchement du duodénum dans le bas de la tranche gastrique.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a repris son poids normal et travaille.

OBS. 553. — (R. 18, p. 247). — M. B... Jean, 55 ans. — Le malade souffre depuis 3 ans et vomit depuis 2 mois.

23 MARS 1926. — INTERVENTION : On trouve un ulcère prépylorique très enflammé, avec œdème des mésos. On se contente d'une gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

2 JUIN 1926. — INTERVENTION : L'ulcère a presque complètement disparu. La bouche de gastro est sténosée et admet à peine une sonde cannelée. On se décide à faire une gastropylorctomie. Fermeture du duodénum. Anastomose de la tranche gastrique à l'anse sous-jacente à l'ancienne gastro.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a pris 7 kg et travaille.

OBS. 554. — (Clientèle). — H., 28 ans.

13 MARS 1909. — INTERVENTION : Ulcère prépylorique avec sténose. Gastrectomie Kocher.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927.

OBS. 555. — (Clientèle). — F., 40 ans.

15 DÉCEMBRE 1917. — INTERVENTION : Ulcère sous-pylorique. Pylorctomie Péan.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927.

TROISIÈME PARTIE

Ulcères de la petite courbure

Les ulcères de la petite courbure

En dehors des ulcères duodénaux et des ulcères pyloriques, il n'en existe en pratique qu'une autre catégorie, représentée par ceux de la petite courbure. Les ulcères de l'estomac peuvent, en effet, être tous classés comme ulcères de la petite courbure. Il est inutile de considérer comme des catégories spéciales les ulcères de la face antérieure ou ceux de la face postérieure de l'estomac, qui ne sont, en réalité, que des ulcères de la petite courbure à développement prédominant en avant ou en arrière.

D'autre part, nous n'avons trouvé qu'une observation d'*ulcère de la grande courbure* (Obs. n° 799), qui a été traité par une gastrectomie Billroth II, avec un excellent résultat.

Nous tenons à faire remarquer ici, que la plupart des cas d'ulcères multiples observés ont été classés parmi les ulcères de la petite courbure (43 sur 75), soit parce que l'ulcère de la petite courbure était prédominant, ou à un stade plus actif; soit parce que c'était contre lui qu'a été dirigée l'intervention principale : résection en selle, ou gastropylorectomie.

Nous avons éliminé du cadre de cette étude les *ulcères du cardia*, traités par simple gastrostomie, qui ne sont justiciables que d'une intervention indirecte, par fistulisation externe, et ne sont pas, par là, comparables aux autres ulcères de l'estomac.

Du seul point de vue de leur traitement chirurgical, les ulcères de la petite courbure se présentent avec des caractères très particuliers. L'on observe, de plus en plus, maintenant que les interventions sont plus précoces, de petits ulcères jeunes de la petite courbure. Mais cependant, dans la plupart des cas, on a affaire à des ulcères d'un type anatomique plus complexe. Soit qu'il s'agisse d'un ulcère rétractile de la petite courbure, qui, sans présenter lui-même un volume considérable, attire et rétracte peu à peu les tuniques de l'estomac dans le sens longitudinal et dans le sens transversal. Soit qu'on ait affaire à un ulcère de type calleux, présentant à sa périphérie une réaction fibreuse intense, infiltrant les tuniques stomacales et se compliquant d'adhérences péritonéales. Ces deux types d'ulcères chroniques sont très fréquents au niveau de la petite courbure et, selon le degré de leur évolution, pourront donner lieu à deux types très tranchés d'ulcères, soit que par développement de son caractère rétractile l'ulcère aboutisse à la biloculation ; soit que par la progression des adhérences, soit vers la paroi antérieure, soit plus souvent en arrière, vers le foie et le pancréas, l'ulcère prenne le type de l'ulcère pénétrant, perforé-bouché.

Mais il nous semble important, du point de vue du traitement, de faire remarquer que la conception

classique de l'estomac biloculaire a changé en partie. Dans un certain nombre de cas, l'ulcère avec biloculation mérite bien le nom de sténose médiogastrique, soit que, ce qui nous semble très rare, il s'agisse d'une sténose cicatricielle, le processus ulcéreux étant éteint ; soit, qu'au contraire, la sténose soit due à un ulcère ayant produit une réaction conjonctive intense, mais restant cependant encore en évolution. Dans d'autres cas, l'estomac biloculaire se présente simplement comme étant dû à une déformation incomplète causée par un ulcère chronique calleux, encore évolutif de la petite courbure, entraînant une rétraction partielle des tuniques gastriques. Ce dernier type d'estomac biloculaire doit être distingué des autres, quant au point de vue du traitement de la lésion ; il peut être assimilé à l'ulcère chronique de la petite courbure, calleux et adhérent, et traité comme lui.

CHAPITRE PREMIER

Résultats des différentes interventions pratiquées

Sur 243 cas d'ulcères de la petite courbure observés, il a été pratiqué :

56 gastroentérostomies.

19 gastrogastrostomies (avec ou sans gastro complémentaire).

82 résections cunéiformes (avec ou sans gastro complémentaire).

25 résections médiogastriques (avec ou sans gastro complémentaire).

58 gastropyloréctomies.

3 opérations diverses.

Nous envisagerons d'abord le résultat des interventions indirectes, opposées soit à l'ulcère simple, soit à l'ulcère avec biloculation, puis le résultat des opérations directes, c'est-à-dire des différentes gastrectomies.

A. — Résultats de la gastroentérostomie

En se reportant au protocole opératoire de nos observations, on peut se rendre compte que la gastroentérostomie n'a été pratiquée que dans les cas où il existait un certain degré de sténose pylorique. Nous avons éliminé de cette étude, et classé dans les ulcères pyloriques, les ulcères prépyloriques situés au contact même de l'anneau pylorique, ou en étant séparés par un espace de moins de 3 cm. Mais il existe des ulcères de la petite courbure, qui, quoique nettement séparés du sphincter pylorique par une portion saine de l'estomac, entraînent cependant des phénomènes de spasme pylorique, et cela, souvent, quelle que soit leur distance de cet anneau. D'autre part, certains ulcères de la petite courbure, au cours de leur évolution, progressent peu à peu vers le pylore, qui est alors atteint par les lésions périulcéreuses de sclérose et d'inflammation.

La gastroentérostomie pour ulcères de la petite courbure a été pratiquée chez des malades, dont certains présentaient des signes de sténose accentuée ; d'autres, des signes de sténose plus fruste, se traduisant pas des vomissements et par l'existence d'un grand estomac, ce dernier signe étant à lui seul infidèle, puisque l'on sait maintenant que, dans certains cas, l'ulcère de la petite courbure s'accompagne de dilatation gastrique sans rétention pylorique.

Ceci posé, la gastroentérostomie a été pratiquée pour ulcère de la petite courbure, dans deux sortes de cas : soit pour des ulcères petits, souvent en voie de cicatrisation ; soit, au contraire, et même dans un

grand nombre de cas, pour des ulcères calleux ou adhérents, qui ne pouvaient absolument pas être enlevés, soit du fait des conditions anatomiques, soit à cause de l'état général du malade.

Dans certains cas, la gastroentérostomie a été faite comme premier temps d'une gastrectomie : 2 fois celle-ci a été jugée impossible à la réintervention ; 2 autres fois, l'ulcère a été retrouvé cicatrisé au cours de la réintervention, et la gastropyloréctomie n'a pas été jugée utile.

1. — *Gastroentérostomies à la suture*

La gastroentérostomie à la suture a été pratiquée 30 fois. Elle nous a donné 2 décès opératoires, soit 6,6 %. Un de ces malades (Obs. n° 557), est mort en 3 jours, avec des vomissements fécaloïdes, qui nécessitèrent une suspension de l'anse efférente le deuxième jour. L'autre malade (Obs. n° 571), est mort en 3 semaines de cachexie.

Nous avons pu suivre 20 malades, qui nous ont donné 15 guérisons et 5 échecs.

I. BONS RESULTATS.— Ces 15 malades, soit 75 %, ont présenté des résultats parfaits. Ils représentent aussi bien des ulcères adhérents que de petits ulcères, et, très souvent, des ulcères situés à une assez grande distance du pylore.

II. ECHECS. — Nous n'avons aucun malade à classer dans les résultats médiocres. Nous avons 5 malades à classer dans les échecs, soit 25 % des cas.

Deux malades (Obs. n^{os} 568, 570), ont vu leurs douleurs persister après l'intervention. Ces douleurs ont entraîné la nécessité d'une réintervention, qui fut, pour l'un, un Balfour, pour l'autre une excision ; ces deux malades n'ont pu être retrouvés ultérieurement.

Un malade (Obs. n^o 565) qui a continué à souffrir, de suite après son opération, n'a été réopéré que 3 ans plus tard : la laparotomie fut négative ; ce malade continue à souffrir depuis ce temps. Une radioscopie pratiquée récemment a montré que le Bi s'évacuait en quantités égales par la bouche de gastro et par le pylore.

Un malade (Obs. n^o 560) est allé bien pendant 8 ans ; puis il a fait une perforation de son ulcère, avec abcès sous-hépatique fistulisé à la paroi, perforation qui a guéri spontanément ; il présente actuellement un état gastrique moyen ; il ne souffre plus.

Une autre malade (Obs. n^o 558) a subi d'abord une gastroentérostomie, puis, 11 mois plus tard, une autre gastroentérostomie, avec jéjuno-jéjunostomie complémentaire. Elle fut réopérée 7 ans plus tard, présentant, à ce moment, un ulcère de la petite courbure, encore en évolution.

2. — *Gastroentérostomies au bouton*

La gastroentérostomie au bouton a été pratiquée 26 fois, chez certains malades où l'on prévoyait une gastropyloréctomie dans un second temps, soit du fait de difficultés anatomiques, soit à cause de l'état

général du malade. Dans d'autre cas, elle a été surtout pratiquée comme étant d'une exécution plus facile et plus bénigne chez des malades cachectiques.

Sur ces 26 cas, nous avons 2 décès opératoires, soit 7,6 %. Un de ces malades (Obs. n° 588) est mort en 7 jours, d'une broncho-pneumonie; l'autre (Obs. n° 586) en 53 jours, des suites d'une éviscération.

Nous avons pu retrouver 11 malades sur les 26.

I. BONS RESULTATS. — 6 malades, soit 54,5 %, sont classés dans les bons résultats.

Deux malades (Obs. n° 589, 594), après avoir été bien guéris, sont morts, l'un 7 mois, l'autre 2 ans après l'opération, d'affections diverses.

Un malade (Obs. n° 590) est obligé de surveiller son régime alimentaire, s'il ne veut pas souffrir.

Chez deux autres malades, le second temps opératoire, prévu, a été tenté. Chez l'un (Obs. n° 595), on ne peut enlever l'ulcère, qui était encore trop adhérent. Chez l'autre (Obs. n° 596), l'ulcère avait disparu et on ne fit rien.

II RESULTATS MEDIOCRES. — Nous avons classé, dans les résultats médiocres, 2 malades, soit 18,2 %. L'un de ces malades (Obs. n° 591), a subi un deuxième temps opératoire, mais on ne put enlever l'ulcère, qui était trop adhérent; ce malade continue à souffrir. L'autre malade (Obs. n° 592), n'a plus de douleurs à type d'ulcus, mais continue à avoir des digestions pénibles et lentes.

III. ECHECS. — 3 malades sont classés dans les échecs, ce qui représente 27,3 %.

Un de ces malades (Obs. n° 587), fut soulagé pendant 6 mois; puis il recommença à souffrir; on réintervient et l'on constate que l'ulcère, trop adhérent, ne peut être enlevé; ce malade continue à souffrir comme avant.

Un autre malade (Obs. n° 598), guéri pendant 1 an, fut réopéré une première fois pour une sténose de la bouche de gastro, et une seconde fois, 3 ans après, pour un ulcère peptique de la bouche de gastroentérostomie.

Enfin, le dernier malade (Obs. n° 593), a subi un deuxième temps opératoire : l'ulcère était cicatrisé, mais on fut obligé d'enlever le bouton qui était resté en place.

3. — *Résultats généraux de la gastroentérostomie*

Nous voyons donc que la gastroentérostomie, dans les conditions où elle a été pratiquée, a donné d'emblée les résultats suivants :

Gastroentérostomie à la suture :

Bons résultats	75 %
Résultats médiocres	0
Echecs	25 %

Gastroentérostomie au bouton :

Bons résultats	54,5 %
Résultats médiocres	18,2 %
Echecs	27,3 %

Gastroentérostomie en général :

Bons résultats	67,7 %
Résultats médiocres	6,5 %
Echecs	25,8 %

Nous faisons remarquer, d'autre part, que la gastroentérostomie pour ulcères de la petite courbure, est grevée d'une forte mortalité: 7,1 %, contre 0,7 % pour les ulcères du duodénum, et 3 % pour les ulcères du pylore.

La gastroentérostomie a été pratiquée à une certaine époque, dans tous les cas d'ulcère de la petite courbure. Elle était considérée comme l'intervention satisfaisant à toutes les indications opératoires pour ulcère de l'estomac. Cette tendance s'est exprimée au Congrès Français de Chirurgie de 1905. Peu à peu, cependant, les nombreux échecs qu'elle a fournis, ont amené les chirurgiens à préconiser des interventions directes, soit seules, soit associées à la gastroentérostomie. RIEDEL en 1909, PAYR en 1910, à l'étranger, préconisèrent surtout la résection médiogastrique. Cette même tendance s'est retrouvée parmi les chirurgiens français. Notre Maître, le Docteur DELORE, a été un des premiers à préconiser les résections médiogastriques et les gastropylorectomies pour ulcère; la thèse de SANTY (1915) est un chaud plaidoyer pour ces interventions. La pratique des résections étendues a été adoptée au Congrès International de 1914. De même la gastroentérostomie simple a été considérée comme insuffisante, et même inefficace et illogique, au Congrès de Chirurgie de 1920, où les

interventions directes de différents types ont été sur tout préconisées. Mais cependant, la question est loin d'être jugée pour tous les auteurs, et certains chirurgiens préconisent encore la gastroentérostomie dans presque tous les cas d'ulcère de la petite courbure.

Il est certain que la gastroentérostomie se présente à première vue, comme une intervention irrationnelle, surtout si l'on admet, ainsi que P. DUVAL l'a montré au Congrès de Chirurgie de 1920, que le fonctionnement du pylore n'est troublé que dans $1/3$ des cas. La gastroentérostomie, d'autre part, du fait de la situation de l'ulcère, ne met, en aucun cas, celui-ci au repos. Les partisans de la gastroentérostomie admettaient, autrefois, qu'elle entraînait un véritable drainage de l'estomac; on sait bien maintenant que cette conception est inexacte, et que les bouches de gastro sont généralement continentes. Cependant, nous avons déjà dit que, contrairement à ce qu'ont pensé beaucoup de chirurgiens, la gastroentérostomie à pylore perméable n'est pas complètement inutile, et aide à la vidange de l'estomac, dans l'immense majorité des cas.

D'autre part, nous avons déjà parlé de l'action que peut avoir la gastroentérostomie par alcalinisation du suc gastrique. Nous faisons cependant remarquer ici que cette action semble moins importante au niveau des ulcères de la petite courbure. Ceux-ci s'accompagnent d'une moins forte hyperacidité que les ulcères pyloriques, et, d'autre part, le degré des lésions (ulcère calleux, ulcère pénétrant, etc...) explique le peu d'action qu'une intervention palliative doit avoir dans tous ces cas.

La gastroentérostomie ne nous semble agir d'une façon favorable sur un certain nombre d'ulcères de la petite courbure, et même, comme nous l'avons vu, sur des ulcères calleux, adhérents, difficilement extirpables, ou pour lesquels on avait prévu une seconde intervention, que dans les cas où il existait une rétention pylorique associée. A côté de ces quelques bons résultats, la gastroentérostomie fournit un très grand nombre d'échecs.

SES INSUCCÈS. — La gastroentérostomie nous a donné 8 échecs, soit 25,8 % des cas, et 2 fois des résultats médiocres. Ces échecs sont donc nombreux. Nous n'avons pas noté de récidives des phénomènes hémorragiques ; une seule fois, une perforation ultérieure.

La plupart des échecs sont dûs à la continuation des douleurs, malgré la gastroentérostomie. Ils ont été rapportés en détail plus haut. Rappelons que dans 4 cas on fut obligé de pratiquer une nouvelle laparotomie qui se termina 3 fois par une résection de l'ulcère, résection qui fut impossible dans le quatrième cas. Une autre fois, les douleurs réapparurent plusieurs années après l'intervention, et la laparotomie exploratrice fut négative. Une fois, la réintervention montra que le bouton était resté en place et son ablation fit cesser les accidents. Enfin, une autre fois, il se développa, un an après, une sténose de la bouche de gastro, et, ultérieurement, chez le même malade, un ulcère peptique. D'autre part, nous avons observé deux résultats médiocres par persistance des troubles douloureux ou dyspeptiques. Enfin, même dans

les bons résultats, la qualité des guérisons laissait à désirer, ce que nous n'avons pas retrouvé dans les interventions plus radicales.

La proportion des échecs de la gastroentérostomie est, dans notre statistique, beaucoup plus élevée que celles des échecs pour la gastro dans les ulcères duodénaux et pyloriques : 25,8 % contre 17,3 % et 18,7 %,

Il est très important de noter que ces échecs ont été des échecs immédiats, complets, alors que, dans les ulcères duodénaux et pyloriques, les échecs ont été surtout dûs à l'apparition ultérieure et souvent à très longue échéance, d'un ulcère peptique. L'ulcère peptique est excessivement rare après gastroentérostomie pour ulcère de la petite courbure : nous n'en avons observé qu'un cas, et encore faut-il noter qu'il est survenu 3 ans après une sténose de la bouche de gastro.

En somme, dans nos cas, la gastroentérostomie a été pratiquée un petit nombre de fois, et nous tenons à noter qu'en consultant rapidement la littérature de la question, on trouve un très grand nombre de cas de mauvais résultats de la gastroentérostomie pour ulcères de la petite courbure.

En 1915, SANTY, dans sa thèse, estimait, d'après les différentes statistiques publiées, que la gastroentérostomie dans les ulcères de la petite courbure, donnait 40 % seulement de bons résultats, contre 70 à 80 % dans les ulcères pyloriques. Depuis, beaucoup d'autres opinions analogues se sont affirmées.

MOYNIHAN déclare avoir abandonné la gastroentérostomie dans l'ulcère de la petite courbure après

avoir observé plusieurs fois la persistance de l'ulcère ayant nécessité une nouvelle intervention.

WOOLSEY rapporte 3 cas de persistance de l'ulcère sur 15 gastroentérostomies pour ulcère de la petite courbure.

KUMMER note 7 fois la persistance des signes de l'ulcère sur 21 cas de gastroentérostomie.

CRISTOPHE, sur 14 ulcères de la petite courbure, traités par la gastroentérostomie, compte 4 récurrences des douleurs, 1 récurrence des hématuries, 1 cas où se développe un estomac biloculaire.

WALTON, sur 29 gastroentérostomies, compte 4 récurrences.

OHLY n'a trouvé la disparition de la douleur que dans 38 % des cas de gastroentérostomie pour ulcère de la petite courbure.

HAUDECK, en 1914, sur 66 gastroentérostomies pour ulcère gastrique, a observé, dans 26 cas, la récurrence des douleurs, et, dans 20 cas, la persistance de la niche, ce qui donnerait 70,5 % de mauvais résultats !

Il ressort de ces statistiques, ainsi que des opinions émises par la majorité des chirurgiens qui se sont occupés de chirurgie gastrique (TÉMOIN, HABERER, FINSTERER, MAYO, etc...) que la gastroentérostomie donne un grand nombre d'échecs dans les ulcères de la petite courbure, et doit être supplantée dans la majorité des cas par la résection.

Les opinions et les statistiques favorables à la gastroentérostomie sont beaucoup moins nombreuses.

Au Congrès de Chirurgie de 1920, HARTMANN, se basant sur 98 cas d'ulcères de la petite courbure, a pu

dire que la gastroentérostomie donnait un grand nombre de guérisons parfaites. Il a cité quelques cas probants, même dans des cas de lésions calleuses adhérentes, mais sans rapporter de pourcentage. Il se demande si l'ulcère n'est pas qu'une localisation au niveau du pylore ou de la petite courbure, de lésions de gastrite étendues, et croit la gastroentérostomie généralement suffisante. Il n'est pas cependant systématiquement opposé aux résections, tenant compte du danger de cancérisation, et admet la résection chaque fois qu'elle est facilement praticable.

MOPPERT trouve, en 1922, pour la gastroentérostomie simple :

Ulcus pyl.	Ulcus petite courbure	
57 %	69 %	Bons résultats.
36 %	12 %	Résultats médiocres.
7 %	19 %	Echecs.

Il reste partisan de la gastroentérostomie dans tous les ulcères, à cause de la gravité de la résection. Nous remarquons cependant les chiffres élevés des mauvais résultats donnés par la gastroentérostomie dans les ulcères de la petite courbure, par rapport à ceux du groupe pylorique. En tenant compte du fait que les échecs pour les ulcères du pylore sont souvent dûs à des ulcères peptiques survenant à très longue échéance, ulcères peptiques très rares dans les cas de la petite courbure, on voit que les échecs absolus sont infiniment plus fréquents dans cette dernière.

D'autre part, on a souvent opposé à la résection,

l'opinion de Roux, qui a rapporté de bons résultats de la gastroentérostomie dans la thèse de MÉTRAUX. Il trouve 90 % de bons résultats dans l'ulcère du pylore. Il rapporte aussi de bons résultats dans les ulcères de la petite courbure, mais ces bons résultats demandent à être analysés. Ils se décomposent ainsi que suit :

Ulc. prépyloriques	29 cas av.	86,2 %	guérisons.
Ulc. médiogastriques... 29	—	89,7 %	—
Ulc. cardiaques 7	—	71,4 %	—

Il estime, d'autre part, le pourcentage de cancérisation à 2 %, chiffre qui est très inférieur à la réalité, dans les cas d'ulcères adhérents.

Nous voyons donc que parmi ces bons résultats, il existe un grand nombre d'ulcères prépyloriques que nous aurions classés dans notre statistique comme ulcères pyloriques, et pour lesquels nous avons rapporté aussi de très bons résultats.

KOCHER demeure comme ROUX partisan de la gastroentérostomie dans les ulcères gastriques. 180 gastroentérostomies pour ulcères gastriques et duodénaux lui ont donné 78,7 % de guérisons, 9,9 % de résultats médiocres et 11,4 % d'échecs. Mais ces chiffres se décomposent ainsi que suit :

	Ulc. duod. (35 %)	Ulc. pet. courb. (65 %)
Bons résultats	85,4 %	78,8 %
Résultats médiocres	8,3 %	10,6 %
Echecs	6,3 %	10,6 %

Dans cette statistique, entrent encore, dans les ulcères gastriques, des ulcères prépyloriques qui doivent

être dissociés des ulcères de la petite courbure, donnant de bien meilleurs résultats par la gastroentérostomie.

Il nous semble donc évident que dans toutes ces statistiques entrent, pour une part importante, les ulcères prépyloriques, qui augmentent le pourcentage des cas favorables pour la gastroentérostomie, et qui doivent être séparés des ulcères de la petite courbure, ceux-ci ne s'accompagnant que dans peu de cas de retentissement pylorique (1/3 des cas pour P. DUVAL) et sont, dans la plupart des cas, des ulcères anciens, calleux, au-dessus des ressources de la gastroentérostomie.

En dehors de ces statistiques partielles, nous donnons les résultats suivants rapportés par OBERTHUR, dans sa thèse :

HEMPEL, donne, d'après les principaux travaux allemands, les résultats suivants, ne concernant que des ulcères de la petite courbure :

	Gastro	Résection
Décès opératoires	4 %	9 %
Guérisons	60 %	77 %
Améliorations	80 %	95 %
Echecs	20 %	6 %

Nous rappelons quelques chiffres de la statistique de CLAIRMONT, publiée en 1924 :

	Echecs	Succès
Résection annulaire ..	33 %	67 %
Billroth II	23 %	77 %
Gastroentérostomie ..	33 %	56 %

Nous n'avons pas observé de cancérisation secondaire sur nos 56 cas de gastroentérostomie. Il se peut cependant, que certains aient échappés à nos recherches, 21 malades n'ayant pu être retrouvés. Cette cancérisation reste cependant une des raisons principales pour abandonner la gastroentérostomie isolée. Nous avons longuement insisté déjà sur la fréquence des cancérisations, surtout dans l'ulcère calleux. LECÈNE estime à 50 % des cas le danger de cancérisation pour les ulcères calleux de la petite courbure ; et l'impossibilité du diagnostic opératoire en face d'un ulcère calleux, entre ulcère simple et ulcère cancérisé, est un argument de premier ordre pour les interventions directes.

Nous verrons, du reste, que nos résultats justifient ces interventions.

B. — Résultats des gastroentérostomies

Parmi les interventions directes opposées aux ulcères avec biloculation, nous n'avons pas trouvé de cas où l'on ait fait de gastroentérostomie sur la poche supérieure, ou de double gastroentérostomie sur les poches supérieure et inférieure. La gastroentérostomie, sur la poche supérieure avait été pratiquée une seule fois comme premier temps d'une résection. Celle-ci s'étant révélée impossible à la réintervention, une gastrogastrostomie a été pratiquée.

Nous n'avons pas non plus trouvé de cas de gastropplasties, interventions considérées comme mauvaises, du fait de la proximité des lésions ulcéreuses.

La gastrogastrostomie a été pratiquée 19 fois pour des sténoses médiogastriques, selon le procédé de Wölfler, sans y adjoindre de gastroplastie à la Finney. Dans 9 cas, on a pratiqué en même temps une gastroentérostomie sur la poche inférieure, sauf dans un cas (Obs. n° 776) où la gastro avait été faite dans un premier temps sur la poche supérieure, en vue d'une exérèse qui fut jugée impossible à la réintervention. Il est à remarquer que dans 6 de ces cas, nous trouvons notée l'existence d'un ulcère multiple.

En parcourant les protocoles opératoires, on se rend compte que ces interventions ont été pratiquées soit dans des cas très rares, pour des sténoses médiogastriques purement cicatricielles ; mais plus souvent pour des sténoses avec ulcères très adhérents et absolument inextirpables ; et plus souvent encore chez des malades excessivement cachectiques et dont l'état général contre-indiquait l'intervention directe.

Nos 19 cas de gastrogastrostomie nous ont donné 1 décès opératoire. Ce malade (Obs. n° 766) est mort au 33^m jour ; la cause du décès n'était pas précisée sur l'observation.

Sur ces 19 cas, nous avons pu suivre ou retrouver 15 malades, qui nous ont donné 14 guérisons et 1 échec.

Ces 14 malades, soit 93,3 % des cas, ont d'excellents résultats. Seul, un de ces malades (Obs. n° 771) eut une occlusion intestinale 5 jours après son intervention. On lui fit une fistule pour cette cause. Il est resté guéri ensuite pendant 7 ans.

Un seul malade est classé dans les échecs. Ce malade (Obs. n° 773), a été réopéré 9 mois après sa première intervention pour un ulcère peptique de la bouche de gastro.

La gastrogastrostomie a donc donné de bons résultats, non seulement dans les sténoses médiogastriques cicatricielles, mais dans les sténoses beaucoup plus fréquentes, où l'ulcère était en activité. Cette intervention indirecte a l'inconvénient de créer une bouche au contact des lésions inflammatoires ; elle donne cependant de bons résultats, tout au moins dans les cas de sténose nette où l'on a affaire à un ulcère non accompagné de phénomènes inflammatoires marqués, ou très évolutif. Nous faisons remarquer que, dans 9 cas cependant, on y avait adjoint une gastroentérostomie sur la poche inférieure, et que dans ces cas, on avait constaté l'existence d'un ulcère pylorique associé, ou au moins d'une sténose pylorique.

Dans ces conditions, la gastrogastrostomie a été une très bonne opération, mais qui doit être limitée aux cas de sténose accentuée, et aux cas où l'intervention directe est impossible.

C. — Résultats des résections cunéiformes

La résection cunéiforme a été pratiquée dans 82 cas, seule ou associée à une gastroentérostomie. Nous tenons d'abord à faire remarquer que cette méthode n'a pas reconnu, en pratique, dans nos observations, les indications théoriques que beaucoup lui reconnaissent. En effet, de nombreux chirurgiens la réser-

vent aux cas d'ulcères de la petite courbure peu étendus, peu adhérents, facilement extirpables, et la pratiquent alors, souvent sans adjonction d'une gastro-entérostomie.

Un certain nombre de nos observations répondent bien à cette catégorie de faits. Mais dans la grande majorité des cas, les résections cunéiformes ont été pratiquées pour des ulcères chroniques, anciens, de type tout à fait différent. Persuadé depuis longtemps de l'insuffisance de la gastroentérostomie dans les ulcères chroniques de la petite courbure, notre Maître, le Docteur DELORE, a pratiqué systématiquement des exérèses, même et surtout pour des ulcères étendus, calleux, adhérents. L'excision cunéiforme a été en somme, utilisée comme traitement des ulcères adhérents, ayant même envahi les organes voisins, foie, pancréas, alors que, pour beaucoup d'auteurs, cette intervention est considérée comme contre-indiquée dans ces cas-là, où est surtout utilisée la simple gastroentérostomie. Notre Maître, le Docteur DELORE, a préconisé, comme la plupart des partisans de la gastrectomie, les résections larges dans les cas d'ulcère étendu en surface et en profondeur, et il a souvent, depuis de nombreuses années, pratiqué cette intervention. Mais, dans beaucoup de cas où la gastropylorectomie aurait été théoriquement indiquée, mais semblait impossible du fait de la gravité ou de la profondeur des lésions ulcéreuses, des adhérences étendues, et surtout de l'état général des malades, il a préféré, plutôt que d'abandonner l'exérèse, pratiquer l'intervention atypique. C'est dans ces cas qu'il pra-

tique la résection cunéiforme pour ulcère adhérent, perforé-bouché.

Après déchirure de l'estomac tout autour de la lésion ulcéreuse dont le fond est laissé adhérent aux organes profonds, un coin étendu de l'estomac est alors réséqué, et l'intervention terminée par suture de l'énorme brèche gastrique ainsi faite. La réparation de ces brèches étendues est souvent difficile à obtenir ; le procédé de la suture transversale peut être, dans beaucoup de cas, difficile à exécuter. Ce procédé a été souvent remplacé par une suture longitudinale, ou encore par un procédé mixte de suture en T. Dans certains cas, pour permettre une suture plus facile de la tranche postérieure, la large perte de substance de l'estomac sur la petite courbure, a été complétée par section de l'estomac jusqu'à la grande courbure, de façon à obtenir deux tranches gastriques libres, plus faciles à rapprocher et à suturer. Dans l'immense majorité des cas enfin, étant donné le type d'ulcère auquel elle s'adressait, la résection cunéiforme a été complétée par une gastroentérostomie, presque toujours placée assez haut, au-dessus de la portion rétrécie, ou quelquefois sur la poche inférieure, s'il était impossible de la placer plus haut. Dans les cas difficiles, ou même dans certains cas d'utilité douteuse, cette gastroentérostomie a été pratiquée au bouton. Il semble préférable d'utiliser presque systématiquement la gastroentérostomie ; dans beaucoup de cas, nous savons bien qu'une fois l'exérèse pratiquée, un estomac même très déformé peut se vider parfaitement ; mais la gastroentérostomie

présente toujours l'avantage de soulager les sutures et d'aider à la vidange plus rapide de l'estomac.

Signalons enfin que dans un très petit nombre de cas, où des phénomènes de rétention pylorique étaient ou semblaient surajoutés, l'exérèse cunéiforme a été pratiquée en deux temps.

En parcourant nos observations, nous trouvons a peu près, dans 1/3 des cas, des ulcères adhérents intimement aux organes profonds, spécialement au pancréas, réalisant le type des ulcères perforés-bouchés.

1. — *Résection cunéiforme seule*

Cette intervention a été pratiquée 19 fois. Nous avons 2 décès opératoires, soit 10,5 % pour l'ensemble de ces cas. L'un de ces malades (Obs. n° 617) est mort en 48 heures de broncho-pneumonie ; l'autre (Obs. n° 621) est mort au bout d'un mois en arrivant chez lui ; la cause n'en a pas été précisée, mais ce décès doit être mis au compte de l'intervention.

Nous avons pu suivre 9 malades. Nous signalons que, parmi les malades non suivis, l'un d'eux (Obs. n° 612) est mort après sa sortie de l'hôpital, en 30 jours, de bacillose pulmonaire, sans qu'on ait pu connaître son état gastrique à ce moment.

I. BONS RESULTATS. — Sur les 9 malades suivis, nous avons 4 bons résultats, soit 44,4 %. Tous sont très bien guéris. Un seul de ces malades (Obs. n° 622) a encore souffert de l'estomac pendant 2 ans, puis, petit à petit, est arrivé à la guérison parfaite.

II. RESULTATS MEDIOCRES. — Un seul malade (Obs. n° 619) fait partie de cette catégorie. Il a d'abord été bien guéri pendant 8 ans. Puis il a recommencé de souffrir, et depuis 2 ans, ses douleurs sont presque aussi fortes qu'avant.

III. ECHECS. — Nous avons classé 4 malades, soit 44,4 % dans les échecs.

Un de ces malades (Obs. n° 615) est mort chez lui 2 mois après l'intervention, sans que la famille ait donné de renseignements suffisants pour pouvoir apprécier la cause exacte du décès.

Un malade (Obs. n° 623), soulagé pendant 6 mois, a repris des douleurs à type ulcéreux, il fut opéré par un chirurgien qui lui fit une gastroentérostomie, et mourut 15 jours après.

Un autre malade (Obs. n° 620), resté guéri pendant 2 ans, a été réopéré pour des douleurs, au bout de ce temps : on a constaté l'existence d'un ulcère récidivant de la petite courbure, qui fut excisé; ce malade est ensuite resté guéri pendant 7 ans.

Le dernier malade enfin (Obs. n° 616), resta guéri pendant 3 ans, puis reprit des douleurs et des vomissements. On le réopéra et on trouva une bride qui enserrait l'estomac. On coupa cette bride et on fit une gastroentérostomie. Après un soulagement de 6 mois, on fut encore obligé de réintervenir, et on trouva, à l'intervention, un ganglion que l'examen histologique révéla néoplasique. Cette malade, revue ces temps-ci, présente un néoplasme évident de l'estomac.

Nous voyons donc nettement le gros pourcentage d'échecs que donne la résection cunéiforme seule.

2. — *Résection cunéiforme avec gastroentérostomie en 1 temps*

Nous avons recueilli 55 cas de résection cunéiforme avec gastroentérostomie en un seul temps. Nous signalons que, sur ce nombre, se trouvent (Obs. n° 644, 658), deux excisions larges de l'ulcère au thermocautère. Sur ce nombre d'interventions, nous avons 3 décès opératoires, soit 5,4 %. Un de ces malades (Obs. n° 634) est mort en 6 jours de shock. Un autre (Obs. n° 636), en 14 jours, par suite d'une phlébite. Le dernier (Obs. n° 643), en 4 jours, d'infarctus.

Sur ces 55 cas, nous avons pu suivre ou retrouver 38 malades.

I. BONS RESULTATS. — 30 malades sont classés dans les bons résultats, soit 78,9 %. Tous ces malades ont des guérisons parfaites, sauf 3 malades (Obs. n° 633, 638, 652), qui ont des estomacs fragiles et sont obligés de surveiller leur régime. Un malade (Obs. n° 635) a continué de souffrir encore pendant 1 mois après son opération puis fut définitivement guéri. Certaines de ces guérisons sont maintenues depuis 8 ans.

II. RESULTATS MEDIOCRES. — Un seul malade est classé dans les résultats médiocres. Ce malade (Obs. n° 648) a continué de souffrir encore pendant 3 ans après son opération, puis fut soulagé petit à petit, et enfin guéri.

III. ECHECS. — 7 malades, soit 18,4 % sont classés dans les échecs.

Un malade (Obs. n° 651) est considéré comme échec, car il continue de souffrir exactement comme avant son opération.

Quatre malades eurent des ulcères peptiques ou récidivants. L'un d'eux (Obs. n° 637), fut réopéré au bout de 2 ans pour des douleurs : on trouva un ulcère peptique, et une gastrectomie Billroth II fut pratiquée; ce malade est resté guéri depuis 2 ans. — Un autre (Obs. n° 647), subit également une gastrectomie Billroth II, au bout de 1 an, pour un ulcère récidivant de la petite courbure ; il est resté guéri 3 ans, mais recommence maintenant à souffrir. — Un autre (Obs. n° 659), guéri pendant 1 an, fut réopéré pour un ulcère récidivant de la petite courbure que l'on excisa; il est mort un mois après, de pleurésie. — Le dernier (Obs. n° 653), fut réopéré au bout de 3 mois pour des douleurs et des vomissements, et l'on constata l'existence d'une sténose de la bouche de gastro et d'un ulcère récidivant de la petite courbure.

Un malade (Obs. n° 667), fut réopéré au bout de 1 an, pour une sténose de sa bouche de gastro.

Le dernier enfin (Obs. n° 654), est un cas d'ulcère cancéreux secondairement.

3. — *Résection cunéiforme avec gastroentérostomie en 2 temps*

8 malades appartiennent à cette catégorie. Nous avons pu en suivre 5. Parmi les 3 malades non sui-

vis, nous en signalons un (Obs. n° 687), qui est mort chez lui 3 mois après l'opération, et pour lequel pourrait exister un soupçon de cancérisation.

Sur les 5 malades suivis, nous avons 3 guérisons parfaites, et 2 échecs. Sur ces 2 malades, un (Obs. n° 691) fut réopéré au bout de 1 an pour des douleurs, et on constata l'existence d'un ulcère peptique. L'autre (Obs. n° 690), resté guéri pendant 3 ans, se remit à souffrir et fut réopéré. A l'intervention, on ne trouva rien d'anormal, et on fit une jéjuno-jéjunostomie pour essayer de combattre ces douleurs, mais en vain : le malade continue à souffrir et à vomir.

Nous faisons remarquer enfin que sur les 63 résections cunéiformes avec gastroentérostomie qui furent pratiquées, on employa 9 fois la suture, et 54 fois le bouton pour faire l'anastomose.

4. — *Interprétation des résultats de la résection cunéiforme*

Nous voyons donc que la résection cunéiforme, dans les conditions où elle a été pratiquée, a donné d'emblée les résultats suivants :

Résection cunéiforme seule :

Bons résultats	44,4 %
Résultats médiocres	11,2 %
Echecs	44,4 %

Résection cunéiforme avec gastro, en 1 temps :

Bons résultats	78,9 %
Résultats médiocres	2,7 %
Echecs	18,4 %

Résection cunéiforme avec gastro, en 2 temps :

Bons résultats	60 %
Résultats médiocres	0
Echecs	40 %

Résection cunéiforme en général :

Bons résultats	71,2 %
Résultats médiocres	3,8 %
Echecs	25 %

En somme les résultats de ces excisions cunéiformes, ont été, dans l'ensemble bien meilleurs que les résultats des gastroentérostomies. Et encore faut-il remarquer que celles-ci n'avaient été faites que dans les cas où des phénomènes de rétention pylorique surajoutés semblaient indiquer cette intervention.

D'après nos résultats, la résection cunéiforme de l'ulcère semble être une bonne opération dans un grand nombre de cas. Nous y comprenons d'abord les cas d'ulcères peu étendus de la petite courbure, où une large résection cunéiforme enlève d'une façon satisfaisante les lésions ulcéreuses et périulcéreuses. Cette opération a l'avantage d'être bénigne. Elle trouve, de plus, une indication spéciale dans les cas d'ulcère de la petite courbure, avec hémorragies récidivantes. L'excision peut aussi être indiquée dans les ulcères haut situés, juxta-cardiaques, auxquels on ne pourrait pas opposer de gastropyloréctomie.

Nous croyons que l'on peut utiliser aussi cette intervention dans des cas où l'étendue des lésions aurait demandé une intervention plus large, mais où, du fait de l'état général des malades, et des difficultés ana-

tomiques, il nous a semblé moins grave de faire, comme nous l'avons exposé, un peu à titre de pis-aller, une intervention atypique, après déchirure de l'estomac, tout autour d'un ulcère pénétrant dont le fond est laissé en place.

En dehors de ces cas, nous sommes persuadé qu'il est nécessaire de pratiquer des exérèses larges, dépassant les lésions ulcéreuses et les lésions de gastrite qui les entourent. Comme SANTY l'a bien montré dans sa thèse, la profondeur des lésions, l'abondance des adhérences profondes ne doivent pas faire accroître l'exérèse excentriquement vers les organes envahis, mais simplement sur l'estomac lui-même. C'est-à-dire que l'on doit opposer aux grands ulcères calleux pénétrants, de larges gastropyloréctomies. Nous pensons donc que dans tous les cas où cela est possible, on doit opposer aux ulcères calleux pénétrants une opération plus large que la résection cunéiforme qui ne dépasse pas assez les lésions, laisse en place des altérations de gastrite pariétale, ne permet pas toujours la suture en tissu parfaitement sain, et qui laisse de ce fait des lésions qui peuvent être l'amorce de troubles ou de récidives, et qui, d'autre part, n'est pas une garantie tout à fait suffisante contre une récidive dans les cas d'ulcères cancérisés.

Nous voyons qu'en prenant l'ensemble de nos observations, en plus de 2 résultats médiocres, nous avons 13 échecs, soit 25 %. Un malade a continué de souffrir et n'a pas été réopéré. D'autres ont présenté des récidives : 6 ulcères récidivants, dont 2 peptiques, soit 11,5 %, ayant entraîné des réinterventions, avec.

2 fois une gastrectomie Billroth II, et 2 fois une exérèse, une exérèse très large ayant donné 1 décès. Un malade dont nous avons parlé plus haut, qui s'était remis à souffrir, a subi une jéjuno-jéjunostomie. Un autre, qui avait eu une exérèse seule, a subi une gastroentérostomie secondaire, qui a entraîné un décès. 15 jours plus tard. Enfin, nous signalons deux cancérisations.

Mais nous tenons à faire remarquer que, dans ces mauvais résultats, 3 se sont produits dans les 19 cas d'exérèse seule, sans gastroentérostomie, ce qui justifie bien la nécessité de celle-ci.

Enfin, la mortalité a été relativement élevée : 6 %, ce qui ne peut, en aucun cas, être un argument à opposer à cette intervention en faveur de la gastroentérostomie, qui, opposée aux cas graves d'ulcère de la petite courbure, avait du reste donné elle-même une mortalité élevée, la mortalité de la résection s'expliquant elle-même par ce que nous avons dit des cas auxquels elle a été opposée.

On a reproché à la résection cunéiforme d'être cause de déformations gastriques. P. DUVAL a montré, au dernier Congrès de Chirurgie, qu'on obtient très souvent un estomac biloculaire fonctionnel avec petite courbure très raccourcie, rigide, en coup de hache. Il note, toutefois, que ces aspects radioscopiques impressionnants, peuvent aller avec de bons résultats cliniques. Les examens radioscopiques que nous avons pratiqués ne nous ont pas montré de déformations trop marquées de la petite courbure; 2 malades seulement avaient un estomac un peu déformé, mais sans

que cette déformation aille jusqu'à la biloculation : les 3/4 de ces malades vidaient bien leur estomac par la bouche de gastro; les autres le vidaient surtout par le duodénum, et un peu par l'orifice de la gastroentérostomie.

Certains auteurs ont pensé qu'il serait bon d'ajouter à la résection cunéiforme une section des nerfs de l'estomac pour agir sur le pylore. Dans nos observations, cette conduite n'a pas été pratiquée, et rendue du reste inutile par l'adjonction, dans la plupart des cas, d'une gastroentérostomie.

En somme, notre Maître, le Docteur DELORE, après avoir beaucoup utilisé la résection cunéiforme dans les lésions ulcéreuses étendues, tend de plus en plus à lui préférer la gastropyloréctomie large dans tous les cas où celle-ci se présente comme techniquement possible. C'est là du reste la tendance du plus grand nombre des chirurgiens qui se sont occupés de la chirurgie de l'ulcère gastrique. La gastropyloréctomie n'est pas toujours plus difficile, et même parfois plus facile que la résection cunéiforme, et donne de bien meilleurs résultats ultérieurs.

D — Résultats des résections médiogastriques

Cette intervention a été pratiquée surtout dans les cas d'ulcère avec biloculation gastrique. Elle présente dans ces cas une indication nette due à des avantages anatomiques et physiologiques. L'ulcère a alors une tendance à l'envahissement en selle de l'estomac, et la résection médiogastrique s'adapte au maximum,

aux déformations et aux lésions. Elle présente aussi des avantages physiologiques, déformant moins l'estomac qu'une résection cunéiforme; de plus, elle n'empêcherait pas le pylore et l'antrum pylorique de fonctionner malgré la section des nerfs, et conserverait le rôle physiologique de la région pylorique. Ces deux derniers arguments nous semblent de bien moindre importance que le fait de la facilité technique de l'intervention, et du rétablissement de la forme de l'estomac.

Notre Maître, le Docteur DELORE, utilise cependant beaucoup moins qu'autrefois cette intervention qui, dans beaucoup de cas comme nous le verrons, gagne à être remplacée par la gastropyloréctomie. Le fait de la présence d'adhérences étendues, ou même le fait de la pénétration de l'ulcère dans les organes voisins n'a jamais été considéré comme contraindiquant la résection médiogastrique. Notre Maître, le Docteur DELORE, n'estime pas que la résection médiogastrique doive être remplacée par la gastrogastrostomie chaque fois que du fait des adhérences elle ne se présente pas comme facile. Il estime au contraire que le caractère de chronicité et de pénétration de l'ulcère est une indication de plus à la résection, et la gastrogastrostomie n'a été pratiquée, comme nous l'avons dit, que dans les cas où la résection médiogastrique était absolument impossible du fait des lésions, mais surtout du fait de l'état général des malades.

La gastroentérostomie complémentaire sur la poche inférieure a été faite dans 5 cas. On sait que

l'utilité de cette gastroentérostomie complémentaire a été très discutée; le fait qu'elle évite la gastroentérostomie ayant été considéré comme un des avantages de la résection médiogastrique. Cependant, certains auteurs conseillent de faire une gastroentérostomie dans tous les cas; DELAGENIÈRE y a insisté, apportant à l'appui de son opinion des cas de récurrence fréquents sur la poche inférieure, transformée selon lui en un sac inerte et s'évacuant mal. Elle a été pratiquée dans nos observations, dans les cas seuls où le volume de la poche inférieure semblait l'indiquer, sans qu'on ait noté dans ces cas-là dans les protocoles opératoires la coexistence de lésions pyloriques associées.

La résection médiogastrique a été rarement utilisée dans les ulcères calleux de la petite courbure. Nous en trouvons 4 cas dans nos observations. A un moment donné, de nombreux auteurs avaient eu tendance à préférer dans ces ulcères la résection médiogastrique qui avait, selon eux, l'avantage d'enlever plus largement les lésions qu'une résection cunéiforme et d'éviter la gastroentérostomie complémentaire, toujours nécessaire dans ces cas-là. Cette conduite semble peu logique, la grande courbure présentant peu de lésions; nous ne lui reconnaissons aucun avantage. Bien au contraire, en se reportant à nos observations de résection cunéiforme, nous constatons qu'elle a été pratiquée un certain nombre de fois pour des ulcères avec biloculation, dans lesquels il semblait aussi rationnel de faire une excision large, surtout au niveau de la petite courbure.

La résection médiogastrique a été pratiquée 25 fois : 20 fois seule et 5 fois avec l'adjonction d'une gastro-entérostomie. Sur ces 25 cas, nous avons 2 décès opératoires, soit 8 %. L'un de ces malades (Obs. n° 747) est mort de shock en quarante-huit heures; l'autre (Obs. n° 748), en quinze jours, de cause non précisée.

Sur ces 25 cas, nous avons pu suivre 15 malades.

13 malades ont de bons résultats. Parmi ces malades, un (Obs. n° 745) est astreint à suivre un régime et un autre (Obs. n° 749) a encore souffert pendant deux mois après son intervention. Tous les autres ont des résultats parfaits.

Nous n'avons qu'un seul résultat médiocre. Ce malade (Obs. n° 741) fut bien guéri pendant quatre ans, puis eut une petite hématomèse isolée sans gravité; puis il resta de nouveau guéri pendant six ans et eut une seconde hématomèse isolée et resta de nouveau guéri depuis un an. Ces hématomèses nous paraissent assez difficiles à interpréter. En tout cas, elles n'ont influé ni sur l'état gastrique, ni sur l'état général du malade.

Nous n'avons également noté qu'un échec. Ce malade (Obs. n° 750) est allé très bien pendant six ans, puis il eut des hématomèses à répétition; mais à ce moment il refuse une réintervention et mourut de cachexie deux ans plus tard.

Le résultat de ces interventions a donc été bon dans la majorité des cas, avec une mortalité opératoire de 8 % qui peut s'expliquer par la gravité des

cas auxquels cette intervention a été opposée, un des décès ayant été noté chez un malade qui présentait à l'intervention un énorme ulcère de la petite courbure allant du pylore au cardia, perforé et bouché en avant par le foie, en arrière par le pancréas.

Cette opération, malgré ses bons résultats, ne nous semble indiquée que dans un nombre de cas de plus en plus limité, et surtout dans les cas de biloculation très nette par ulcère de petit volume. Dans ces cas, elle se présente comme une intervention suffisamment large et la congruence des tranches de section est souvent parfaite. On lui a reproché de laisser après l'intervention un estomac très déformé : véritable estomac biloculaire postopératoire; et, d'autre part, de causer des troubles du côté de la poche inférieure avec retard d'évacuation ou, au contraire, incontinence pylorique. Il semble que l'on doive attacher peu d'importance à ces modifications de forme de l'estomac. Cependant, le fait que l'on doive parfois ajouter une gastroentérostomie sur la poche inférieure, enlève beaucoup des avantages reconnus à cette intervention. Dans les cas où elle est indiquée, elle est cependant moins longue, moins choquante qu'une gastropyloréctomie, et n'offrirait pas le danger d'une insuffisance de suture du moignon duodénal.

En dehors des cas d'estomac biloculaire anatomique par ulcère peu étendu, les avantages de cette intervention nous semblent un peu théoriques. Dans beaucoup de cas d'ulcère en évolution de la petite courbure, la sténose est surtout spasmodique, et dans

ces cas, la résection médiogastrique ne doit pas être préférée à la résection cunéiforme. D'autre part, chaque fois que même avec une biloculation les lésions sont très étendues, il semble bien préférable de faire une opération plus large, c'est-à-dire, chaque fois que cela est possible, une gastropyloréctomie. Celle-ci sera spécialement indiquée dans les cas où le volume de la poche inférieure sera beaucoup moindre que celui de la poche supérieure, et contrairement à ce qu'on pensait autrefois, il semble préférable de réséquer le pylore et son antrum que de le conserver. Cependant, ainsi que le fait remarquer notre Maître, le Docteur DELORE, il existe des cas où la sténose médiogastrique est extrêmement haut située, avec une petite poche supérieure, atteinte en entier de phénomènes de gastrite, et une grande poche inférieure, à muqueuse saine, lorsque le pylore est normal; il est évident que dans ces cas, il est préférable de garder la poche inférieure, qui pourra former ultérieurement un estomac à fonctionnement normal, plutôt que la supérieure, qui est déjà malade au moment de l'intervention. C'est dans ces cas que la pratique doit l'emporter sur la théorie et que l'on doit rejeter une gastropyloréctomie nettement indiquée théoriquement.

Les excellents résultats fonctionnels fournis par les gastropyloréctomies nous ont appris que la conservation de la forme de l'estomac par résection médiogastrique ne présente pas grand avantage. D'autre part, la gastropyloréctomie a pour elle d'enlever plus largement les lésions de gastrite, d'enlever aussi par-

fois des ulcères multiples plus bas situés qui auraient pu passer inaperçus; enfin, nous connaissons les avantages, quant aux complications à longue échéance, qui sont attachés aux gastropylorectomies larges avec ablation de l'antra et des glandes pyloriques.

Cette tendance à restreindre les indications de la résection médiogastrique semblent du reste se généraliser énormément. Beaucoup d'auteurs ont rapporté des statistiques assez étendues de résections médiogastriques pour estomac biloculaire.

LECÈNE en a étudié 5 cas ayant donné des résultats excellents; mais il la réserve aux cas nets de sténose médiogastrique.

DE QUERVAIN dit avoir obtenu 90 % de bons résultats par cette intervention dont il avait beaucoup généralisé les indications, trouvant insuffisants les résultats des excisions elliptiques ou cunéiformes. Il semble pourtant faire une part de plus en plus large à la gastropylorectomie suivant la méthode de Polya.

KLEINSCHMIDT a employé la résection médiogastrique 76 fois dans les ulcères médiogastriques avec une mortalité élevée (12 morts), mais avec des résultats ultérieurs excellents; il se produisit cependant une fois un ulcère peptique.

Cependant, les résultats n'ont pas toujours été parfaits.

JUDD et LYONS, à la Clinique Mayo, considèrent cette intervention comme une méthode de choix dans les ulcères larges, indurés, du corps de l'estomac, la préférant à l'excision avec gastroentérostomie. Ils rapportent 56 observations, faites à la Clini-

que Mayo de 1908 à 1922, avec 4 morts (7 %). Ils n'ont que 70 % de guérisons, avec 15 % de résultats médiocres et 15 % d'échecs. Un malade n'eut aucun soulagement; un autre fit une récurrence six ans après; un autre, qui avait eu une gastroentérostomie, revint avec un ulcère peptique; chez trois malades on dut faire une gastroentérostomie secondaire; ils ont observé enfin 9 cas de cancérisation.

D'autres auteurs, VON REDWITZ, FRIEDEMANN, CLAIROMONT, MOPPERT, KUMMER, rapportent un grand nombre de récurrences, généralement sur la poche inférieure, oscillant autour de 30 %.

EISELSBERG, qui en 1914 préconisait la résection annulaire, signale en 1920 les bons résultats immédiats de la méthode, mais ayant observé 9 récurrences sur 14 cas suivis, trouve la gastropyloréctomie une opération plus radicale.

MOYNIHAN, PAUCHET, préfèrent eux aussi la gastropyloréctomie et l'estiment, d'autre part, souvent plus facile que la résection annulaire.

E. — Résultats des gastropyloréctomies

Il a été pratiqué 58 gastropyloréctomies, qui se décomposent ainsi :

- 42 gastropyloréctomies Billroth II, en un temps,
avec 5 décès, 17 bons résultats et 1 amélioration.
- 5 gastropyloréctomies Billroth II, en deux temps,
avec 3 guérisons et 1 échec.

- 2 gastropyloréctomies Polya,
avec 2 guérisons.
- 1 gastropyloréctomie Finsterer,
avec 1 décès opératoire.
- 3 gastropyloréctomies Péan,
avec 1 décès et 2 guérisons.
- 5 gastropyloréctomies Kocher,
avec 1 guérison (4 malades non suivis).

La gastropyloréctomie large a été pratiquée de plus en plus fréquemment ces dernières années. Elle a été opposée aux ulcères étendus, adhérents, et pratiquée même dans beaucoup de cas où la difficulté technique était considérable, et en laissant le fond de l'ulcère dans la profondeur. Elle a été pratiquée 5 fois en deux temps parce qu'il existait des phénomènes de sténose ou des poussées inflammatoires périulcéreuses. Dans 18 cas, elle a été opposée à des ulcères multiples. Les contrindications ont le plus souvent été dictées plus par l'état général des malades que par l'étendue des lésions. Comme nous l'avons dit, autrefois surtout des résections cunéiformes étendues et atypiques ont été préférées dans certains cas difficiles d'ulcères adhérents, à la gastropyloréctomie.

La résection a été la plupart du temps très étendue. Dans beaucoup de cas, la section supérieure a été faite très haut, peu au-dessous du cardia, dans les cas d'ulcères haut situés, entraînant souvent des difficultés considérables des sutures à ce niveau. Cette section ne laissait en place que le grand cul

de sac de l'estomac et une petite portion de la grande courbure. La section inférieure passait généralement au-dessous du pylore, mais quelquefois passait au niveau même du sphincter.

Cette intervention a été pratiquée dans la majorité des cas par le procédé de Billroth II. Le choix de cette méthode demande à être justifié. Parmi les procédés de rétablissement de la continuité après exérèse, les techniques d'implantation duodéno-gastrique ont été employés très rarement (3 Péan, 5 Kocher).

Le procédé de Péan est considéré comme le plus physiologique et comme rétablissant une disposition très analogue à la disposition normale. Il a joui, ces dernières années, d'un regain de faveur; DUVAL notamment s'en est fait le défenseur. Mais nous estimons que ce procédé présente plusieurs inconvénients : lorsque l'exérèse a été étendue, il est difficile d'amener le duodénum au contact de la partie inférieure de la tranche gastrique; les tiraillements produits menacent la solidité des sutures. D'autre part, les procédés de mobilisation du duodénum semblent difficiles et dangereux. Le point de raccord de la suture gastrique terminale et de la suture gastro-duodénale semble spécialement fragile dans les cas où l'exérèse était large. D'autre part, nous avons observé avec ce procédé, dans les premiers jours qui suivent l'intervention, des troubles du transit, cédant au bout de quelques jours aux lavages d'estomac, mais qui nous semblent présenter cependant un certain danger. Enfin, il est inexact, contrairement à ce qu'avait avancé HABERER en 1920, que ce procédé

évite tout ulcère peptique, car on a observé, bien que rarement, des récidives ulcéreuses au niveau de l'anastomose.

Le procédé de Kocher, l'implantation du duodénum à la face postérieure de l'estomac, est considéré par beaucoup comme le procédé de choix. Il aurait tous les avantages du Péan, mais l'anastomose serait plus solide et l'on éviterait les inconvénients du point d'angle du Péan (jonction de la suture terminale gastrique avec la suture gastroduodénale). CUNÉO, dans la thèse d'OBERTHUR, l'a préconisé à nouveau. Il reconnaît cependant les inconvénients de ce procédé dans les gastropyloréctomies larges, inconvénients qui, pour nous, semblent considérables.

A ces deux procédés nous préférons les procédés d'anastomose gastrojéjunale.

Nous avons le plus souvent utilisé *le procédé de Billroth II*. Ce procédé a été vivement critiqué. On lui reproche d'amener le chirurgien à pratiquer une anastomose sur une poche gastrique de petit volume où il est difficile d'opérer une bouche de gastro suffisamment large et bien suspendue. L'anse jéjunale serait le plus souvent coudée ou en position vicieuse. D'autre part, FINSTERER a insisté sur l'inconvénient du Billroth II : l'invagination de la partie inférieure de la suture gastrique formerait à l'intérieur de l'estomac une saillie qui pourrait venir obturer la bouche de gastro. Il rapporte 3 cas de mort, avec autopsie, où il incrimine cette disposition. Cet inconvénient nous semble correspondre à des vues théoriques, la vidange gastrique ne devant pas être très com-

promise par la formation de ce repli. On reproche enfin à cette intervention d'être plus longue que les procédés qui utilisent la tranche gastrique pour l'anastomose jéjunale. Nous croyons au contraire que ce procédé présente dans beaucoup de cas où l'intervention a été longue et difficile, l'avantage de pouvoir, après fermeture rapide de la tranche gastrique, permettre une anastomose presque instantanée au moyen du bouton de Jaboulay. Dans nos observations de Billroth en un temps, l'anastomose a été pratiquée 36 fois sur 42 au bouton. Enfin, ce type de gastrectomie reconnaît une indication majeure : ce sont les cas où l'on croit devoir pratiquer la gastropyloréctomie en deux temps.

Nous avons pratiqué quelques fois les procédés d'anastomose gastrojéjunale appelés généralement *procédés de Reichel-Polya*. Nous pratiquons l'anastomose par voie transmésocolique, soit en implantant toute la tranche gastrique dans le jéjunum, soit en suivant le *procédé de Finsterer*, en anastomosant seulement le jéjunum à la partie inférieure de la tranche gastrique. Dans tous les cas, la bouche est fixée au mésocolon par quelques points gastromésocoliques. Ce procédé a été utilisé par un grand nombre de chirurgiens étrangers. Il a été tout récemment chaleureusement préconisé par CUNéo dans la thèse d'OBERTHUR. Ce procédé nous paraît excellent.

...Compte rendu des résultats. — La gastropyloréctomie a été employée 58 fois. Elle a donné 7 décès, soit 12 %. Ces décès ont été dus : 4 fois au shock (décès en trois à neuf jours); 1 fois à une pneumo-

nie, en neuf jours; 1 fois à une fistule duodénale, en quatorze jours; enfin, 1 fois le décès s'est produit au sixième jour de cause non déterminée.

Cette mortalité est plus élevée que celle qui est fournie par les statistiques étrangères récentes. Mais nous devons remarquer que la plupart de ces statistiques se rapportent à des cas de résection systématique de tous les ulcères, et souvent de résections pratiquées très précocement. Tandis que dans nos cas, il s'est agi le plus souvent d'ulcères calleux, pénétrants, très anciens. En nous reportant au protocole opératoire, on peut se rendre compte de la gravité des lésions :

(Obs. n° 694). Enorme ulcère perforé et bouché en avant par la paroi abdominale, en arrière par le pancréas. Malade très cachectique.

(Obs. n° 695). Enorme ulcère perforé et bouché en avant par la paroi abdominale, en arrière par le foie et le pancréas. Gastrectomie subtotale. Malade très cachectique.

(Obs. n° 698). Enorme ulcère ayant rapproché le cardia contre le pylore et rongé complètement les deux faces antérieure et postérieure de l'estomac.

(Obs. n° 706). Ulcère haut situé et très adhérent. Décès par pneumonie.

(Obs. n° 717). Ulcère calleux adhérent au pancréas. Décès par fistulisation du moignon duodéal en quatorze jours.

(Obs. n° 785). Gastrectomie subtotale pour estomac biloculaire.

(Obs. n° 787). Ulcère médiogastrique très adhérent.
Exérèse très difficile.

Sur ces 58 gastropylorectomies, nous avons pu suivre 27 malades.

I) BONS RESULTATS. — Nous avons classé dans les bons résultats 25 malades, soit 92,6 %. Deux malades (Obs. n° 699, 710) accusent seulement des digestions un peu pénibles, mais sans douleurs. Tous les autres ont des guérisons parfaites.

II) RESULTATS MEDIOCRES. — Un seul malade a donné un résultat médiocre, soit 3,7 %. Ce malade (Obs. n° 701) a conservé des douleurs et des mauvaises digestions pendant deux ans après son intervention. Puis il a été très amélioré.

III) ECHECS. — Nous n'avons noté qu'un seul échec, soit 3,7 %. Ce malade (Obs. n° 737) a été soulagé pendant deux mois, puis il reprit des douleurs pour lesquelles on l'opéra. La laparotomie fut négative. Ce malade a été ensuite soulagé pendant quatre ans, mais depuis six mois il a de nouveau des douleurs, avec un mauvais état général.

Nous donnons ci-dessous le tableau des résultats par intervention :

	Guéris	Améliorés	Echecs	Décès	Non suivis
Billroth II (1 temps) :	17	1	»	5	19
Billroth II (2 temps) :	3	»	1	»	1
Polya :	2	»	»	»	»
Finsterer :	»	»	»	1	»
Péan :	2	»	»	1	»
Kocher :	1	»	»	»	4

La gastropyloréctomie nous a donc donné des résultats excellents au point de vue du nombre et de la qualité des guérisons. Deux fois seulement l'intervention n'a pas soulagé complètement le malade. Ces résultats confirment tout ce que nous avons eu l'occasion de dire en parlant des interventions indirectes et des exérèses partielles; les résultats de la gastropyloréctomie sont indiscutablement supérieurs aux résultats de ces interventions. La gastropyloréctomie permet d'enlever très largement les lésions périulcéreuses et nous avons déjà plusieurs fois insisté sur l'importance des lésions de gastrite entourant les ulcères à distance. Elle permet aussi d'enlever à coup sûr les lésions ulcéreuses associées qui auraient souvent passé inaperçues au cours d'une autre intervention et auraient été laissées en place. Ces ulcères multiples sont très fréquents; nous avons déjà dit qu'ils avaient été observés dans 57 % des cas au niveau de la petite courbure. Certains auteurs, LECÈNE entre autres, insistent sur le fait que la cause de l'ulcère ou, mieux, de la maladie ulcéreuse étant inconnue, on ne peut appeler la gastropyloréctomie une intervention radicale. Nous tenons cependant à faire remarquer qu'aucun autre traitement ne peut être opposé actuellement à la maladie ulcéreuse, que cette gastropyloréctomie large. Que l'on admette que les lésions de gastrite constatées soient consécutives à l'ulcère, ou que celui-ci au contraire soit la conséquence de ces lésions, c'est encore la gastropyloréctomie large qui luttera contre elles le plus efficacement; la simple gastroentérostomie ne pouvant faire

cesser ces lésions inflammatoires qui, à un moment donné, sont certainement entretenues par la présence de l'ulcère chronique envahissant, dont les berges fixées aux organes profonds ne peuvent plus se rétracter et se rapprocher, et dont le fond n'a pas tendance à se laisser recouvrir par une muqueuse néoformée.

Nous n'avons pas observé d'ulcère peptique ou récidivant après gastropyloréctomie pour ulcère de la petite courbure. Nous savons cependant que ces complications existent et nous en avons noté deux cas dans la gastropyloréctomie pour ulcères pyloriques. Nous avons aussi rapporté les quelques cas publiés de récurrence après gastropyloréctomie large, et admettons qu'aucune exérèse, si large soit-elle, ne met à l'abri complètement des ulcères peptiques ou récidivants. Cependant, la gastropyloréctomie large enlevant, en même temps que l'ulcère, l'antrum pylorique et ses lésions de gastrite, et entraînant du même coup, ainsi que nous l'avons dit déjà, une diminution considérable de l'acidité gastrique, met dans la mesure du possible le malade à l'abri de la continuation de la maladie ulcéreuse.

La mortalité de cette intervention doit être mise en balance avec l'excellence de ses résultats éloignés. Cette mortalité, très considérable autrefois, s'est abaissée peu à peu, au fur et à mesure des perfectionnements de la technique.

LECÈNE estime que la mortalité de cette opération est aux environs de 10 %. Cette mortalité semble correspondre à l'ensemble des gastropyloréctomies pra-

tiquées pour des ulcères anciens, souvent chez des malades plus ou moins cachectiques, ou dans des cas où l'étendue des lésions fait soupçonner l'existence d'un cancer, c'est-à-dire dans les cas les plus difficiles.

Des statistiques très encourageantes ont été publiées.

TÉMOIN, en 1917, avait 117 résections étendues avec 3 morts. Depuis, il a une série de 56 résections avec 5 morts, ce qui fait 173 résections avec une mortalité de 4,6 %.

PAUCHET, qui en 1917 avait 217 gastropyloréctomies avec 21 morts (9,6 %), ne donne plus, en 1925, que 3 % de mortalité.

CUNÉO apporte une statistique de 24 gastropyloréctomies avec une mortalité de 4,4 %.

Quelques statistiques étrangères donnent une mortalité très basse :

PETERMANN, en 1925, apporte 140 gastropyloréctomies avec 10 morts (7 %).

FLÖRCKEN, en 1924, a 115 gastropyloréctomies avec 3 morts (2,6 %).

MADLENER, en 1924, a 100 gastropyloréctomies avec 3 morts.

DE VÉRÉBÉLY a 88 cas avec une mortalité de 3,3 %.

Enfin, il est intéressant de noter la diminution de la mortalité pour les différents chirurgiens, avec l'augmentation de leur expérience et les progrès de leur technique :

HABERER accuse, pour la période 1902-1917, une mortalité de 17 %, contre 5 % seulement pour la période 1917-1921.

FINSTERER avait, en 1913, une mortalité de 4,4 %, mais pour les cinq dernières années elle était de 2,3 % et pour les trois dernières années de 1,8 % seulement.

Nous avons déjà dit les avantages que nous reconnaissons au procédé de Billroth II, procédé qui a été employé le plus souvent. Disons de plus que, contrairement à ce que l'on a dit, les estomacs réséqués par le procédé de Billroth semblent, dans le plus grand nombre des cas, sous l'écran radioscopique, fonctionner de façon très satisfaisante. Nous avons pu examiner une dizaine de malades ayant subi une gastropyloréctomie pour ulcères du pylore ou de la petite courbure. Tous ces estomacs avaient une forme très satisfaisante à l'examen radioscopique et s'évacuaient normalement; nous tenons spécialement à noter que, dans deux cas, la bouche de gastro se trouve assez haute et qu'il existe un cul de sac au-dessous d'elle; dans ces cas, cependant, les résultats se présentaient comme excellents. Nous n'avons pas noté non plus à la radioscopie de cas de reflux duodénal. Ce reflux d'une partie de la bouillie bismuthée dans l'anse afférente a été l'objet d'une discussion à la Société de Chirurgie en décembre 1920. MATHIEU, sur trois anciens opérés, l'avait constaté deux fois sans troubles fonctionnels. Enfin, certains de nos malades nous ont signalé avoir présenté pendant quelque temps un peu de ballonnement après les repas, troubles ordinairement catalogués sous le nom de troubles « du petit estomac ». Ces troubles ont été très passagers. Signalons du reste que leur pathogénie est très discutée et que FINSTERER les considère plu-

tôt liés à une étroitesse de l'anastomose qu'à une gêne de l'évacuation gastrique.

Quant à la méthode de Polya-Finsterer, nous l'avons employée trois fois et elle nous a donné, en dehors d'un décès opératoire, deux résultats tout à fait satisfaisants et elle nous semble très recommandable. DE MARTELL a déclaré du reste que les résultats opératoires fonctionnels sont les mêmes après Billroth ou Polya et qu'il emploie le premier quand il a assez d'étoffe gastrique. Un point de la technique employée dans nos observations peut paraître discutable : c'est l'emploi du bouton pour le rétablissement de la continuité; nous croyons cependant que son emploi est utile dans tous les cas où il est avantageux de terminer rapidement une opération difficile ou longue et quand la poche gastrique est très petite.

F. — Résultats d'interventions diverses

Nous avons classé sous ce titre 3 cas qui ne rentrent dans aucune des catégories précédentes et dont nous ne pourrions guère tirer de conclusions.

Nous avons d'abord une malade (Obs. n° 796) qui présentait un ulcère adhérent de la petite courbure avec sténose médiogastrique et qui fut traitée par une gastrostomie à la Fontan, pratiquée sur la poche inférieure. Elle a un excellent résultat datant de deux ans.

Une autre malade (Obs. n° 798) fut traitée pour une perforation d'ulcère de la petite courbure ayant formé une collection péritonéale, que l'on marsupia-

lisa à la paroi. Cette malade est morte le sixième jour de cause non précisée sur l'observation.

Enfin, le dernier malade (Obs. n° 797) nous offre un bel exemple de cancérisation secondaire après Balfour, sans gastroentérostomie complémentaire.

G. — Résultats généraux

Les différentes interventions pratiquées ont donc donné les résultats suivants :

ULCÈRES DE LA PETITE COURBURE

Interventions pratiquées	Total général	Bons résultats	Résultats médiocres	Echecs	Décès opératoires	Malades non suivis
Gastro entérostomie seule.....	56	21 67,7 %	2 6,5 %	8 25,8 %	4 7,1 %	21
1° Suture	30	15 75 %	0	5 25 %	2 6,6 %	8
2° Bouton.....	26	6 54,5 %	2 18,2 %	3 27,3 %	2 7,6 %	13
Gastro gastrostomie	19	14 93,3 %	0	1 6,7 %	1 5,3 %	3
Résection cunéiforme seule....	19	4 44,4 %	1 11,2 %	4 44,4 %	2 10,5 %	8
Résection cunéiforme + gastro.	63	33 76,8 %	1 2,2 %	9 21 %	3 4,7 %	17
Résection médiogastrique.....	25	13 86,6 %	1 6,7 %	1 6,7 %	2 8 %	8
Gastropylorectomies Bilbroth II	47	20 91 %	1 4,5 %	1 4,5 %	5 10,6 %	20
Autres gastropylorectomies	11	5	0	0	2 18 %	4
Interventions diverses	3	1	0	1	1	0
TOTAL.....	243	111 78,2 %	6 4,6 %	25 17,2 %	20 8,2 %	81

TABLEAU IV

Nous faisons remarquer que les chiffres de pourcentages calculés pour les différents résultats, bons, médiocres ou mauvais, l'ont été sur l'ensemble seulement des malades que nous avons pu suivre; tandis que la proportion de décès opératoires l'a été naturellement pour la totalité des interventions pratiquées.

Dans l'ensemble, le traitement a donc donné d'emblée :

78,2 % de guérisons.

4,6 % de résultats médiocres.

17,2 % d'échecs.

Mais nous faisons remarquer d'abord que les malades que nous avons classés comme résultats médiocres avaient cependant très largement bénéficié du traitement et que, d'autre part, les malades classés dans les échecs ont donné lieu, dans 22 cas, à des réinterventions et, dans 9 cas, un résultat final excellent. Ce qui fait que le traitement ainsi conçu a donné des résultats finaux modifiés de la façon suivante :

84,5 % de guérisons.

4,6 % de résultats médiocres.

10,9 % d'échecs.

Les résultats du traitement tel qu'il a été pratiqué suivant les indications exposées plus haut, justifient dans la majorité des cas les indications adoptées et semblent permettre de préconiser quelques tendances nouvelles, et surtout l'emploi de plus en plus fréquent des interventions directes larges, c'est-à-dire des gastropyloréctomies.

On peut schématiser les indications de la façon suivante :

La gastroentérostomie ne sera pratiquée dans l'ulcère de la petite courbure que lorsqu'il existera des phénomènes de rétention pylorique associée et qu'on aura affaire à des ulcères de petit volume, non calleux. Dans les ulcères calleux étendus, même dans les cas accompagnés de sténose, la gastroentérostomie ne sera généralement appliquée que devant l'impossibilité d'avoir recours au traitement direct.

La gastrogastrostomie trouvera son indication optimale dans les cas rares de sténose médiogastrique avec ulcère cicatrisé et sera accompagnée d'une gastroentérostomie sur la poche inférieure dans les cas d'ulcères multiples ou si la poche inférieure est devenue considérable. Elle donnera des succès dans les cas de sténose médiogastrique avec ulcère calleux étendu, en évolution, mais dans ces cas-là, elle ne tirera ses indications que de l'impossibilité du traitement direct.

Le procédé de Balfour n'a été pratiqué qu'exceptionnellement et ne semble présenter d'utilité au niveau de la petite courbure que pour les ulcères juxta-cardiaques difficilement accessibles. Il reste un traitement d'exception.

La résection cunéiforme, généralement accompagnée d'une gastroentérostomie complémentaire, doit être opposée aux ulcères chroniques où une résection assez large peut s'étendre suffisamment loin des lésions. Elle peut reconnaître des indications dues à des hémorragies répétées, ou encore au siège haut de

l'ulcère; et enfin peut être pratiquée dans certains cas difficiles d'ulcères pénétrants très adhérents, comme une opération atypique et moins grave dans ces cas que la gastropyloréctomie.

La résection médiogastrique sera réservée aux cas de sténose médiogastrique par ulcère en évolution et ne sera généralement pas appliquée dans les cas d'ulcère calleux, en selle, de la petite courbure, ne s'accompagnant pas d'un degré accentué de biloculation. Elle sera là remplacée le plus souvent par la gastropyloréctomie. Lorsque la poche inférieure est petite ou présente des traces d'autre ulcère, la gastropyloréctomie est alors bien préférable à la résection médiogastrique, accompagnée de gastroentérostomie.

La gastropyloréctomie, pratiquée soit suivant le procédé de Billroth, soit suivant les procédés de Polya ou Finsterer, sera appliquée chaque fois qu'elle sera possible aux ulcères chroniques, anciens, étendus, adhérents et pénétrants, et aussi dans tous les cas d'ulcères multiples de la petite courbure et du pylore.

Les bons résultats de cette intervention, la diminution de sa mortalité avec les progrès de la technique, justifient la tendance à augmenter les indications de cette intervention.

CHAPITRE II

Observations d'ulcères de la petite courbure

§ 1. — *Gastroentérostomies à la suture*

OBS. 556. — (R. 3, p. 69). — Mme Pag..., 56 ans. — La malade vient pour une hernie épigastrique douloureuse.

28 OCTOBRE 1913. — INTERVENTION : On résèque une hernie épigastrique non adhérente, contenant tout le côlon transverse et tout l'épiploon. On explore l'estomac. On trouve un ulcère de la petite courbure assez près du pylore. A cause de l'adiposité, on ne fait qu'une gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. La malade n'a jamais eu aucun trouble et est en parfait état de santé.

OBS. 557. — (R. 13, p. 162). — Mme R... Eugénie, 56 ans. — La malade souffre depuis 6 mois.

4 AOÛT 1919. — INTERVENTION : On trouve un gros ulcère de la petite courbure au-dessus du pylore. On fait une gastroentérostomie postérieure

transmésocolique à la suture, haute pour permettre un deuxième temps.

SUITES : La malade a des vomissements fécaloïdes. Collapsus.

6 AOUT 1919. — INTERVENTION : Tout paraît normal. L'orifice de gastro est perméable. On suspend l'anse efférente.

SUITES : 12 h. après les vomissements reprennent. Malgré son état très grave, les parents emmenèrent la malade. On apprend sa mort à son arrivée chez elle.

OBS. 558. — (R. 14, p. 177). — Mme F... Marie, 46 ans. — La malade souffre et vomit depuis 15 ans. Elle a été opérée par le Docteur Villard en 1912. Il se contente d'un premier temps opératoire et parle d'un second temps à faire plus tard. La malade a été améliorée par la première intervention. Onze mois après, elle subit sa deuxième intervention qui l'améliore également beaucoup. En 1916, les douleurs et les vomissements reprennent.

28 OCTOBRE 1920. — INTERVENTION : L'estomac présente deux anastomoses sur sa face antérieure, dont la supérieure est complétée par une jéjuno-jéjunostomie. Entre les deux anastomoses sur la petite courbure, à 2 cm. du pylore, on voit une zone blanche, nacrée. En cherchant à décoller cette zone, l'estomac s'ouvre par une déchirure, montrant qu'il y a bien là une lésion. On coupe l'estomac en deux, sous l'anastomose supérieure. On coupe le duodénum puis on enlève le bout inférieur de l'estomac. On suture séparément l'estomac, le duodéno-pylore et l'intestin ouvert.

MARS 1927. — Guérison. La malade va très bien et n'a aucun trouble.

OBS. 559. — (R. 7, p. 105). — M. B... Louis, 43 ans. — Pas de renseignements antérieurs.

6 OCTOBRE 1916. — INTERVENTION : On trouve un large ulcère de la petite courbure, près du pylore, adhérent au foie. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a pris 12 kg et travaille facilement.

OBS. 560. — (R. 7, p. 224). — M. P... François, 45 ans. — Pas de renseignements antérieurs.

16 JANVIER 1917. — INTERVENTION : On trouve un ulcère de la partie moyenne de la petite courbure, très adhérent au pancréas. Sténose fibreuse du pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Parfaites jusqu'en juillet 1925. A cette date, le malade a été soigné à l'hôpital d'Annecy pour une perforation d'ulcère gastrique avec abcès sous-hépatique ouvert à la paroi antérieure 15 jours plus tard. On l'a soigné médicalement, par glace et diète. Il sort guéri le 9 octobre 1925. Depuis lors, son état gastrique n'est pas parfait mais suffisant. Le malade n'a pas de douleurs vraies. Ses digestions sont pénibles. Il a repris son poids normal.

OBS. 561. — (R. 8, p. 193). — M. C... François, 43 ans. — Pas de renseignements antérieurs.

16 JUILLET 1917. — INTERVENTION : L'estomac est très grand, non épaissi. Plusieurs ganglions. On trouve un ancien ulcère cicatrisé de la petite courbure. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : On apprend le décès du malade 4 ans après l'intervention. La personne qui donne les renseignements assure qu'il allait très bien au point de vue gastrique, et n'avait jamais souffert depuis l'intervention.

OBS. 562. — (R. 8, p. 219). — M. B... Ferdinand, 36 ans. — Pas de renseignements antérieurs.

4 AOUT 1917. — INTERVENTION : On trouve un ulcère de la partie moyenne de la petite courbure, avec des ganglions. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a repris son poids normal et travaille.

OBS. 563. — (R. 12, p. 66). — M. B... Louis, 49 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 12 ans.

31 JANVIER 1920. — INTERVENTION : On trouve un ulcère juxta-pylorique sur la petite courbure. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a pris 6 kg et travaille facilement.

OBS. 564. — (R. 12, p. 68). — M. P... Marcel, 19 ans. — Le malade souffre depuis 1 an; il ne vomit pas.

2 FÉVRIER 1920. — INTERVENTION : Le duodénum est attiré en haut et en dedans, par un ulcère de la petite courbure, cicatrisé. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Le malade a encore souffert pendant 3 ou 4 mois après l'intervention, puis il a été complètement guéri. Il n'a aucun trouble. Il a pris 28 kg et travaille facilement.

OBS. 565. — (R. 12, p. 220). — M. J... Louis, 43 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 18 ans.

3 SEPTEMBRE 1920. — INTERVENTION : On trouve un ulcère de la petite courbure, près du pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Le malade a toujours souffert depuis son opération, mais moins qu'avant cependant.

28 MARS 1923. — INTERVENTION : On ne trouve rien d'anormal. La bouche de gastro est large et souple. On referme.

MARS 1927. — Le malade a été amélioré pendant 2 mois, puis il a continué à souffrir, surtout à droite de la ligne médiane. Il a été radioscopé en octobre 1926: la baryte passe en quantités égales par la gastro et par le pylore.

OBS. 566. — (R. 12, p. 254). — M. A... Joseph, 65 ans. — Le malade souffre depuis 3 ans; il ne vomit pas.

18 OCTOBRE 1920. — INTERVENTION : On trouve un ulcère de la petite courbure situé à 4 cm. du pylore. Le pylore est sténosé par suite de la rétraction de l'ulcère qui est difficile à enlever. On fait seulement une gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a repris son poids normal et travaille.

OBS. 567. — (R. 13, p. 95). — M. R... Henri, 24 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 3 ans.

25 AVRIL 1921. — INTERVENTION : On trouve un gros ulcère de la petite courbure, ayant gagné le pylore, et très adhérent. Cet ulcère a été perforé et bouché par le foie. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a pris 8 kg et travaille facilement.

OBS. 568. — (R. 13, p. 293). — M. G... Etienne, 43 ans. — Le malade souffre depuis 14 ans; il ne vomit pas.

16 DÉCEMBRE 1921. — INTERVENTION : On trouve un ulcère prépylorique de la petite courbure, en voie de cicatrisation. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Parfaites jusqu'en Août 1922. Puis reprise des douleurs et vomissements.

8 SEPTEMBRE 1922. — INTERVENTION : La bouche de gastro est normale. On fait l'excision cunéiforme de l'ulcère juxta-pylorique de la petite courbure.

SUITES : Parfaites jusqu'en Février 1923. Puis reprise des douleurs, mais sans vomissements.

12 AVRIL 1923. — INTERVENTION : On trouve seulement un gros paquet ganglionnaire sur le côté gauche de la colonne. On prend un ganglion pour l'examen histologique, qui répond : ganglion inflammatoire banal, ni néoplasique, ni tuberculeux.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 569. — (R. 13, p. 296). — M. G... Luc., 25 ans. — Le malade souffre depuis 5 ans et vomit depuis 3 ans.

21 DÉCEMBRE 1921. — INTERVENTION : On trouve un vaste ulcère de la petite courbure, allant du cardia au pylore. Sténose pylorique. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a pris 10 kg et travaille facilement.

OBS. 570. — (R. 14, p. 85). — M. M... Pierre, 43 ans. — Le malade souffre depuis 18 ans; il ne vomit pas.

14 AVRIL 1922. — INTERVENTION : On trouve un ulcère de la petite courbure haut situé. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Grosse amélioration pendant 6 mois. Puis reprise des douleurs.

14 AVRIL 1923. — INTERVENTION : La bouche de gastro est normale. Ne pouvant enlever l'ulcère, on fait un Balfour. La suture en est très difficile.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 571. — (R. 14, p. 214). — M. V... Marius, 64 ans. — Le malade souffre depuis 12 ans et eut plusieurs hématomés.

5 OCTOBRE 1922. — INTERVENTION : On trouve un ulcère de la petite courbure, haut situé, très adhérent. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture. La gastro est malheureusement en dessous de l'ulcère qui ne pourra ainsi pas être mis au repos.

SUITES : Décès le 10 novembre 1922 par cachexie.

OBS. 572. — (R. 16, p. 114). — M. F... Joseph, 56 ans. — Le malade souffre depuis 3 ans; il ne vomit pas.

24 AVRIL 1924. — INTERVENTION : On trouve un ulcère de la petite courbure, très adhérent. L'estomac est très enflammé. On fait, à cause de la brièveté du mésocôlon, une gastroentérostomie postérieure précolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a repris son poids normal et travaille.

OBS. 573. — (R. 16, p. 230). — M. M... Thomas, 24 ans. — Le malade souffre depuis 3 ans; il ne vomit pas.

5 AOUT 1924. — INTERVENTION : On trouve un estomac biloculaire par ulcère de la petite courbure. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a repris son poids normal et travaille.

OBS. 574. — (R. 17, p. 21). — M. G... Claude, 36 ans. — Le malade souffre depuis 15 ans. Hématémèses abondantes.

29 OCTOBRE 1924. — INTERVENTION. — L'estomac est entouré d'adhérences. Sur la petite courbure, on trouve une large cicatrice d'un ancien ulcère. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a repris son poids normal et travaille.

OBS. 575. — (Clientèle). — H., 56 ans.

5 JUIN 1908. — INTERVENTION : Ulcère de la petite courbure avec biloculation gastrique. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en Octobre 1908.

OBS. 576. — (Clientèle). — H., 63 ans.

24 OCTOBRE 1912. — INTERVENTION : Ulcère calleux de la petite courbure avec hématomé. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927.

OBS. 577. — (Clientèle). — F., 22 ans.

6 DÉCEMBRE 1923. — INTERVENTION : Ulcère de la petite courbure. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1926.

OBS. 578. — (R. 1, p. 285). — Mme A... Marie, 43 ans. — La malade souffre depuis 18 mois; elle eut 2 hématomés.

27 SEPTEMBRE 1912. — INTERVENTION : Estomac ptosé recouvert par le pancréas. On trouve un ulcère vascularisé de la petite courbure, à 5 cm. du pylore. On trouve aussi deux autres petits ulcères, l'un sur le versant duodénal du pylore, l'autre sur le duodénum à 5 cm. du pylore, presque cicatrisés. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 579. — (R. 11, p. 99). — Mme Bon..., 39 ans. — Pas de renseignements antérieurs.

18 AVRIL 1918. — INTERVENTION : Cholécystite chronique. La vésicule est très épaissie. On fait une cholécystectomie. L'estomac est ptosé mais il n'y a pas de sténose pylorique.

SUITES : La malade va bien pendant un mois, puis souffre à nouveau.

31 JANVIER 1920. — INTERVENTION : A la partie moyenne de la petite courbure, on trouve une cicatrice blanche d'un ancien ulcère. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 580. — (R. 3, p. 160). — M. T... Claude, 41 ans. — Le malade souffre et vomit depuis très longtemps.

13 DÉCEMBRE 1913. — INTERVENTION : On trouve un ulcère très vascularisé de la petite courbure. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 581. — (R. 8, p. 7). — M. M... Claude, 53 ans. — Pas de renseignements antérieurs.

22 FÉVRIER 1917. — INTERVENTION : On trouve un gros ulcère de la petite courbure, suspylorique, très adhérent en arrière, impossible à enlever. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 582. — (R. 8, p. 115). — M. P... Jean, 50 ans. — Le malade souffre depuis 4 ans; il ne vomit pas.

2 MAI 1917. — INTERVENTION : On trouve un ulcère de la petite courbure ayant envahi la face postérieure du pylore qui est sténosé. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 583. — (R. 18, p. 79). — M. B... Félix, 34 ans. — Le malade souffre et a des hématemèses depuis 1 an.

31 OCTOBRE 1925. — INTERVENTION : On trouve un ulcère de la petite courbure, juxta-cardiaque, très adhérent. A cause de la brièveté du mésocôlon, on fait une gastroentérostomie postérieure précolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 584. — (Clientèle). — F., 35 ans.

27 SEPTEMBRE 1912. — INTERVENTION : On trouve plusieurs ulcères de la petite courbure, et un du duo-

dénium. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 585. — (Clientèle). — F., 48 ans.

18 OCTOBRE 1912. — INTERVENTION : Ulcère médio-gastrique avec légère biloculation. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

§ 2. — *Gastroentérostomies au bouton*

OBS. 586. — (R. 14, p. 185). — Mme M... Augustine, 62 ans. — La malade souffre depuis 30 ans; elle ne vomit pas.

9 NOVEMBRE 1920. — INTERVENTION : L'estomac est très épais et volumineux. Sur la face postérieure on sent un ulcère induré, venant probablement de la petite courbure. En relevant le mésocôlon transverse, on trouve que l'ulcère s'est propagé à travers le mésocôlon jusqu'à atteindre la quatrième portion du duodénium. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

16 NOVEMBRE 1920. — Rupture de la suture péritonéale. La paroi antérieure de l'estomac est au contact du tissu cellulaire sous-cutané. On reconstitue la paroi.

1^{er} JANVIER 1921. — Décès de la malade. Cause exacte non notée.

OBS. 587. — (R. 17, p. 23). — Mme C... Anna, 49 ans. — La malade souffre depuis 10 ans; elle ne vomit pas.

25 SEPTEMBRE 1923. — INTERVENTION : On trouve un petit ulcère sous-cardiaque. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Parfaites pendant 6 mois. Puis reprise des douleurs.

23 OCTOBRE 1924. — INTERVENTION : L'ulcère est trop haut situé, trop adhérent, impossible à enlever. La bouche de gastro est normale. On referme.

MARS 1927 : La malade continue à souffrir 2 h. après les repas, malgré un régime très strict. Elle ne vomit pas. Etat général médiocre.

OBS. 588. — (R. 17, p. 44). — Mme P... Julie, 56 ans. — La malade souffre depuis 30 ans; elle ne vomit pas.

15 OCTOBRE 1923. — INTERVENTION : On trouve un ulcère calleux de la petite courbure, facilement enlevable. Mais, à cause de la cachexie, on se contente d'une gastroentérostomie potsériure transmésocolique au bouton.

SUITES : Décès le 22 Octobre par bronchopneumonie.

OBS. 589. — (R. 19, p. 284). — Mme M... Pierrette, 55 ans. — La malade souffre et vomit depuis très longtemps.

5 MARS 1926. — INTERVENTION : On trouve un ulcère de la petite courbure, sous-cardiaque, impossible à enlever. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Le mari de la malade nous apprend le décès de celle-ci le 7 Octobre 1926, d'une crise cardiaque. Auparavant, elle aurait été guérie au point de vue gastrique.

OBS. 590. — (R. 9, p. 207). — M. R... Jean, 42 ans. — Pas de renseignements antérieurs.

25 MARS 1918. — INTERVENTION : On trouve des ulcères cicatrisés de la petite courbure, adhérents dans l'arrière-cavité. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble à condition de surveiller son régime alimentaire. Il a pris 5 kg et peut travailler facilement.

OBS. 591. — (R. 14, p. 254). — M. S... Xavier, 48 ans. — Pas de renseignements antérieurs.

18 NOVEMBRE 1922. — INTERVENTION : L'estomac est énorme et épaissi. On trouve un ulcère de la petite courbure, extrêmement adhérent. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

5 DÉCEMBRE 1922. — INTERVENTION : Deuxième temps : On essaie de tenter l'exérèse, mais comme il est impossible de se débarrasser des adhérences, on referme.

MARS 1927. — Le malade digère difficilement. Il souffre assez souvent 3 h. après le repas, mais ne vomit pas. Il se trouve quand même soulagé. Bon état général.

OBS. 592. — (R. 15, p. 173). — M. F... Michel, 46 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 4 ans.

13 JUILLET 1923. — INTERVENTION : On trouve un ulcère de la partie moyenne de la petite courbure, adhérent au pancréas. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

MARS 1927. — Le malade digère bien quoique un peu lentement. Il ne souffre pas. Il a quelques vomissements bilieux. Il a pris 11 kg et peut travailler.

OBS. 593. — (R. 16, p. 43). — M. D... Marius, 58 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 10 ans.

11 FÉVRIER 1924. — INTERVENTION : On trouve un gros ulcère de la petite courbure adhérent au pancréas, avec biloculation gastrique. La poche supérieure est grande et épaisse; l'inférieure est très mince. Il y a une cicatrice d'ancien ulcère sur le pylore. Etant donné la cachexie du malade, on ne fait qu'une gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

3 MARS 1924. — INTERVENTION : Deuxième temps : L'ulcère est cicatrisé et non calleux. On ne juge pas à propos de l'enlever. Le bouton est encore en place. On l'enlève en coupant les muqueuses gastrique et intestinale. On reforme la gastro à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 594. — (R. 16, p. 184). — M. G... Emile, 54 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 3 mois.

25 JUIN 1924. — INTERVENTION : On trouve un gros ulcère de la petite courbure ayant gagné le pyllore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Décès le 15 février 1926 de cause inconnue. Auparavant ne souffrait plus de l'estomac.

OBS. 595. — (R. 17, p. 287). — M. C... Aimé, 50 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 1 an.

8 JUIN 1925. — INTERVENTION : L'estomac est épaissi et dilaté. On trouve un ulcère de la petite courbure, bas situé. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

22 JUIN 1925. — INTERVENTION : Deuxième temps : L'ulcère est adhérent. On ne peut pas l'enlever.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a pris 10 kg et travaille facilement.

OBS. 596. — (R. 18, p. 68). — M. B... Claude, 41 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 11 ans.

14 OCTOBRE 1925. — INTERVENTION : On trouve un ulcère ayant complètement rongé la petite courbure. Il est mobilisable. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

27 OCTOBRE 1925. — INTERVENTION : Deuxième temps : L'ulcère a complètement disparu. On referme.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a pris 5 kg et exécute facilement un travail pénible.

OBS. 597. — (R. 18, p. 184). — M. B... Louis, 39 ans. — Le malade a eu plusieurs hémorragies intestinales depuis 5 ans.

17 FÉVRIER 1926. — INTERVENTION : On trouve un ulcère de la partie moyenne de la petite courbure, en voie de cicatrisation. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a repris son poids normal et travaille.

OBS. 598. — (Th. de Manhès). — H., 41 ans.

24 SEPTEMBRE 1920. — INTERVENTION : Perforation d'ulcère gastrique. Suture de la perforation et gastroentérostomie au bouton.

SUITES : Parfaites pendant 1 an. Puis, reprise des vomissements.

2 SEPTEMBRE 1921. — INTERVENTION : Sténose de la bouche de gastro, que l'on agrandit par le procédé habituel. Il n'y a pas d'autre ulcère.

SUITES : Parfaites pendant 3 ans. Puis reprise des douleurs et des vomissements.

5 AVRIL 1924. — INTERVENTION : On trouve un ulcère peptique de la bouche de gastro. On le résèque. Réfection de la gastro à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 599. — (R. 9, p. 202). — M. Rou..., 55 ans. — Pas de renseignements antérieurs.

25 AOÛT 1917. — INTERVENTION : On trouve un ulcère sous-pylorique paraissant cicatrisé. En outre, il y a sur la petite courbure, face postérieure, un ulcère qui adhère au mésocôlon transverse. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 600. — (R. 13, p. 241). — Mme M... Lucile, 49 ans. — La malade souffre depuis 20 ans; elle ne vomit pas.

29 NOVEMBRE 1919. — INTERVENTION : On trouve un ulcère situé à 5 cm. du cardia, adhérent au pancréas. En outre, il y a sténose de l'angle duodénojéju-

nal par propagation de l'inflammation. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 601. — (R. 16, p. 118). — Mme M... Mariette, 46 ans. — La malade souffre depuis 2 mois; elle ne vomit pas.

22 DÉCEMBRE 1922. — INTERVENTION : On trouve un ulcère très adhérent de la partie moyenne de la petite courbure. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 602. — (R. 16, p. 220). — Mme P... Catherine, 61 ans. — La malade souffre et vomit depuis 30 ans.

24 AVRIL 1923. — INTERVENTION : On trouve un ulcère calleux de la petite courbure, adhérent au pancréas. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

19 MAI 1923. — INTERVENTION : Deuxième temps : On ne peut pas libérer l'ulcère pour l'enlever. On referme.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 603. — (R. 18, p. 210). — Mme Gis..., 73 ans. — La malade souffre et vomit depuis 10 ans.

8 JANVIER 1925. — INTERVENTION : On trouve un gros ulcère calleux de la petite courbure, adhérent en arrière. Biloculation gastrique. Il y a en outre une cicatrice d'ulcère sur le pylore. A cause de la cachexie de la malade, on ne fait qu'une gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 604. — (R. 5, p. 76). — M. M... Jean, 52 ans. — Pas de renseignements antérieurs.

22 JUIN 1916. — INTERVENTION : L'estomac est épaissi. On trouve un gros ulcère en selle, de la petite courbure, allant jusqu'au pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 605. — (R. 7, p. 197). — M. C... Claude, 58 ans. — Pas de renseignements antérieurs.

26 DÉCEMBRE 1916. — INTERVENTION : On trouve deux ulcères : l'un pylorique cicatrisé, avec sténose; l'autre sur la petite courbure en pleine activité. L'estomac est très épaissi. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 606. — (R. 11, p. 326). — M. G... Joseph, 67 ans. — Pas de renseignements antérieurs.

6 SEPTEMBRE 1919. — INTERVENTION : L'estomac n'est pas épaissi. On trouve un petit ulcère de la petite courbure. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 607. — (R. 12, p. 93). — M. P... Henri, 57 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 2 ans.

8 MARS 1920. — INTERVENTION : On trouve un ulcère en selle de la petite courbure, très adhérent. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 608. — (R. 12, p. 135). — M. G... Jean, 54 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 3 ans.

30 AVRIL 1920. — INTERVENTION : On trouve un ulcère de la petite courbure, commençant à 2 cm. du

pylore et allant jusqu'au cardia. Adhérénces. Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 609. — (R. 16, p. 195). — M. G... François, 68 ans. — Le malade souffre depuis 30 ans. Il a eu une hématomèse il y a 9 mois.

7 JUILLET 1924. — INTERVENTION : On trouve un ulcère cicatrisé du duodénum à 2 cm. du pylore. Sur la petite courbure, très haut, se trouve un autre ulcère très adhérent, avec périgastrite. Gastroentérostomie postérieure précolique au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 610. — (R. 19, p. 80). — M. B... Alexandre, 63 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 10 ans.

16 JUILLET 1926. — INTERVENTION : On trouve un ulcère de la petite courbure, bas situé, très adhérent. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 611. — (Clientèle). — H..., 35 ans.

15 JUIN 1908. — INTERVENTION : Ulcère calleux de la petite courbure, très adhérent. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

§ 3. — *Excision de l'ulcère, sans gastroentérostomie*

OBS. 612. — (R. 10, p. 143). — Mme Mar..., 34 ans. — La malade souffre et vomit depuis 8 ans.

4 DÉCEMBRE 1917. — INTERVENTION : On trouve un ulcère juxta-cardiaque de la petite courbure, adhère-

rent au pancréas. Excision de l'ulcère et suture longitudinale.

SUITES : Décès le 2 janvier 1918 de tuberculose pulmonaire. On a trouvé de grosses cavernes à la vérification.

OBS. 613. — (R. 11, p. 35). — Mme G... Marie, 35 ans. La malade souffre depuis 3 ans; elle ne vomit pas.

26 FÉVRIER 1918. — INTERVENTION : On trouve un ulcère haut situé de la petite courbure, adhérent au pancréas, et un peu sténosant. On traverse l'épiploon gastrocolique et on résèque l'ulcère après ouverture de l'estomac. Il en résulte une brèche immense et difficile à combler. Suture transversale au catgut à 3 plans.

MARS 1927 : Guérison. La malade n'a aucun trouble. Elle a pris 6 kg. et fait facilement un travail pénible.

OBS. 614. — (R. 11, p. 245). — Mme Fai..., 48 ans. — Pas de renseignements antérieurs.

1^{er} AOÛT 1918. — INTERVENTION : On trouve un énorme ulcère de la petite courbure, perforé et bouché par le pancréas. Après séparation de l'estomac et du pancréas, il reste une brèche grande comme une pièce de 5 fr. On résèque 3 cm. de muqueuse autour de cet orifice que l'on ferme par une suture. Cautérisation du pancréas.

MARS 1927 : Guérison. La malade n'a aucun trouble. Elle a repris son poids normal et travaille.

OBS. 615. — (R. 12, p. 199). — Mme Gri..., 35 ans. — La malade vomit depuis 4 ans sans grandes souffrances.

17 FÉVRIER 1919. — INTERVENTION : On trouve un ulcère de la petite courbure, très ancien, très adhérent, avec biloculation gastrique. Résection cunéiforme de l'ulcère avec suture transversale.

SUITES : Guérison opératoire. Décès chez elle le 13 avril 1919, de cause inconnue.

OBS. 616. — (R. 14, p. 133). — Mme R... Juliette, 34 ans. —

La malade souffre depuis 6 ans; elle ne vomit pas.

21 AOÛT 1920. — INTERVENTION : L'estomac est ptosé. On effondre le ligament gastro-colique, et sur la petite courbure, à 5 cm. du pylore, on trouve un petit ulcère induré. Excision cunéiforme facile de l'ulcère; suture transversale. — L'examen histologique de la pièce opératoire confirme le diagnostic d'ulcère simple.

SUITES : Les douleurs disparaissent. Il reste seulement quelques pesanteurs survenant 3 h. après les repas. En Mars 1923, la malade reprend des douleurs vives, calmées par des vomissements. On sent à la palpation une tuméfaction arrondie à droite de l'ombilic.

7 MARS 1924. — INTERVENTION : La face antérieure de l'estomac, vers l'antre pylorique, est adhérente à la paroi, à 2 cm. au-dessus de l'ombilic. On coupe cette bride, et l'estomac reprend sa place normale. L'estomac est un peu dilaté et épaissi. On fait une gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton. Il s'agit donc d'un estomac tordu sur lui-même au niveau de l'antre.

SUITES : Les douleurs disparaissent complètement pendant 6 mois. Puis elles reprennent, assez vives, 4 h. après les repas. La malade a des vomissements tous les 2 ou 3 jours. A la palpation, on sent à droite de l'ombilic une masse grosse comme un œuf, très dure, mobile, qui donne l'impression d'une vésicule remplie de calculs.

20 JANVIER 1926. — INTERVENTION : La masse que l'on sentait n'est pas une vésicule. C'est en réalité un énorme ganglion, ou peut-être une tumeur, située en arrière du duodénum, et sur la tête du pancréas. C'est une tumeur noirâtre, bosselée, adhérent partout. On la décolle et on peut l'énucléer sans dégâts. On referme cette loge rétroduodénale. L'antre pylorique est dur, fibreux, blanc nacré. L'orifice de gastro est souple et perméable. On referme le ventre.

L'examen histologique répond : ganglion envahi par un épithélioma du type papillaire, dont le point de départ est impossible à déterminer.

MARS 1927 : La malade est très affaiblie. Elle pèse seulement 29 kg. Les souffrances sont continuelles. Elle peut à peine s'alimenter et vomit plusieurs fois par jour. Elle est cachectique. On sent une grosse tumeur à peine mobile de la petite courbure.

OBS. 617. — (R. 3, p. 177). — M. J... Pierre, 52 ans. — Le malade souffre depuis 20 ans; il ne vomit pas. Ses douleurs se sont nettement aggravées depuis 5 ans.

10 JANVIER 1914. — INTERVENTION : On trouve un ulcère de la petite courbure, très haut situé, perforé, bouché par le pancréas. Excision de l'ulcère et suture.

SUITES : Décès le 12 janvier 1914 par broncho-pneumonie.

OBS. 618. — (R. 5, p. 65). — M. D... Pierre, 49 ans. — Pas de renseignements antérieurs.

21 AVRIL 1916. — INTERVENTION : On trouve un ulcère de la petite courbure, perforé et bouché par le pancréas. Excision cunéiforme de l'ulcère et cautérisation du pancréas.

SUITES : Le neveu du malade nous informe que celui-ci allait parfaitement bien au point de vue gastrique, et qu'il est mort en Juin 1924 d'une broncho-pneumonie.

OBS. 619. — (R. 9, p. 104). — M. C... Louis, 42 ans. — Le malade souffre depuis 3 ans; il ne vomit pas.

27 NOVEMBRE 1917. — INTERVENTION : On trouve un ulcère de la partie moyenne de la petite courbure, non adhérent. Excision de l'ulcère.

SUITES : Le malade est revu le 12 Juillet 1919, parfaitement guéri. En 1925, il recommence de souffrir nettement, et, depuis Janvier 1927, il souffre continuellement et vomit dès le début du repas.

OBS. 420. — (R. 14, p. 72). — M. F. Petrot, 55 ans. — Pas de renseignements antérieurs.

12 OCTOBRE 1918. — INTERVENTION : On trouve un ulcère de la partie moyenne de la petite courbure, adhérent au pancréas. Résection de l'ulcère; suture. Cautérisation du pancréas.

SUITES : Parfaites jusqu'au début de 1920. Le malade recommence à souffrir.

AOÛT 1920. — INTERVENTION : L'estomac est épais, si et fixé par sa petite courbure. On trouve un nouvel ulcère prépylorique. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble grave. Il se plaint seulement de ses digestions qui sont un peu lourdes. Il a repris son poids normal et travaille.

OBS. 421. — (P. 14, p. 21). — M. V. Prosper, 53 ans. — Pas de renseignements antérieurs.

18 MARS 1918. — INTERVENTION (faite par le Docteur Durand) : Ulcère juxta-cardiaque de la petite courbure, parfaitement cicatrisé. Nombreuses adhérences que l'on libère.

SUITES : Le malade a toujours continué à souffrir depuis son intervention.

15 OCTOBRE 1918. — INTERVENTION : On retrouve l'ulcère de la petite courbure adhérent au foie et au pancréas. Excision de l'ulcère.

SUITES : Décès du malade chez lui, le 11 Novembre 1918, de cause inconnue.

OBS. 422. — (R. 14, p. 243). — M. T. Paul, 37 ans. — Le malade souffre depuis 14 ans. Il eut une hématemèse il y a 3 semaines.

10 NOVEMBRE 1922. — INTERVENTION : Toute la loge mésocolique forme un seul paquet adhérent. On trouve un ulcère de la partie moyenne de la petite courbure. Résection sigmoïdienne de l'ulcère. On ne fait pas de gastro malgré son utilité, car il est

impossible de rechercher l'anse grêle sans danger pour le malade.

MARS 1927. — Le malade a encore souffert pendant 2 ans. Puis il a été un peu soulagé, puis amélioré, et enfin aujourd'hui il va parfaitement bien et n'a aucun trouble.

OBS. 623. — (R. 15, p. 257). — M. C... Charles, 54 ans. — Le malade souffre depuis 1 mois; il ne vomit pas.

19 OCTOBRE 1923. — INTERVENTION : On trouve un ulcère de la petite courbure, perforé et bouché par le petit épiploon. Excision de l'ulcère et suture longitudinale.

SUITES : Parfaites pendant 6 mois. Le malade est revu le 30 Juin 1924. Il se plaint de douleurs. Mais on ne constate qu'une petite éventration. Rentré chez lui, le malade a énormément souffert. Il a été opéré par le Docteur Santy, qui lui fit une gastro au bouton. Le malade rentre chez lui allant bien, et 15 jours après, meurt subitement (15 septembre 1924).

OBS. 624. — (R. 11, p. 7). — Mme B... Louise, 32 ans. — La malade souffre et vomit depuis 19 ans.

6 FÉVRIER 1918. — INTERVENTION : On trouve un ulcère de la petite courbure adhérent au foie et au pancréas. L'ulcère est enlevé assez facilement après ouverture préalable de l'estomac. On a fait une exérèse large qui est refermée par une suture transversale.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 625. — (R. 12, p. 170). — Mme Boc..., 46 ans. — La malade souffre et vomit depuis 3 ans.

16 JANVIER 1919. — INTERVENTION : L'estomac est très grand. On trouve un ulcère de la petite courbure, près du cardia, non adhérent. Excision de l'ulcère et suture transversale.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 626. — (R. 13, p. 80). — Mme T... Claudine, 59 ans. — La malade souffre depuis 6 mois; elle ne vomit pas.

18 AVRIL 1919. — INTERVENTION : On trouve un ulcère de la petite courbure, perforé et bouché par le petit épiploon. Résection cunéiforme et suture transversale.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 627. — (R. 13, p. 126). — Mme Bég..., 47 ans. — La malade souffre depuis 6 mois; elle ne vomit pas.

28 MAI 1919. — INTERVENTION : On trouve un ulcère de la petite courbure, près du cardia, adhérent au pancréas. On décolle et on résèque l'ulcère en le dépassant surtout en bas. Comme les sutures sont très difficiles, surtout celle de la face postérieure, on coupe complètement l'estomac en deux, comme pour une gastrectomie annulaire, et on peut alors faire plus facilement les sutures.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 628. — (R. 17, p. 16). — Mme C... Joséphine, 45 ans. — La malade souffre depuis 15 ans. Elle a eu des hématomésés.

20 SEPTEMBRE 1923. — INTERVENTION : On trouve un ulcère de la petite courbure, perforé et bouché par le petit épiploon; avec biloculation gastrique. Résection cunéiforme de l'ulcère et suture transversale. Gastrogastrostomie antérieure à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 629. — (R., 20, p. 159). — Mme C... Marie, 68 ans. — La malade aurait déjà été opérée en 1906 par Jaboulay qui lui aurait fait une gastro ?

27 SEPTEMBRE 1926. — INTERVENTION : Symphyse gastrique complète. On trouve un ulcère de la petite courbure adhérent, avec une biloculation très serrée.

Les anses grêles sont toutes agglomérées. Il est impossible de voir l'ancienne gastro. Excision de l'ulcère; suture transversale. Cautérisation du pancréas.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 630. — (R. 11, p. 27). — M. M... Anselme, 54 ans. — Le malade souffre depuis 15 ans; il ne vomit pas.

22 AVRIL 1914. — INTERVENTION : On trouve une bride cicatricielle blanche sur le pylore. Le pylore est perméable. Sur la petite courbure, vers le cardia, on trouve un paquet d'adhérences entourant un ulcère. Excision de l'ulcère; suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

§ 4. — *Gastroentérostomie et excision de l'ulcère en 1 temps*

OBS. 631. — (R. 14, p. 206). — Mme P... Claudine, 32 ans. — La malade souffre et vomit depuis 6 ans.

11 DÉCEMBRE 1920. — INTERVENTION : On trouve un ulcère de la partie moyenne de la petite courbure.

Excision de l'ulcère et suture transversale. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

MARS 1927. — Guérison. La malade n'a aucun trouble. Elle a pris 9 kg et a eu 4 enfants depuis son opération.

OBS. 632. — (R. 15, p. 253). — Mme L... Anna, 64 ans. — La malade souffre depuis 1 mois et demi.

18 MARS 1922. — INTERVENTION : On trouve une induration de la partie moyenne de la petite courbure, due à un ulcère que l'on enlève. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

MARS 1927. — Guérison. La malade n'a aucun trouble. Elle a pris 15 kg. Etat général parfait.

OBS. 633. — (R. 16, p. 105). — Mme D... Marie, 46 ans. — La malade souffre depuis 2 ans. Elle ne vomit pas.

2 DÉCEMBRE 1922. — INTERVENTION : On trouve un ulcère de la partie moyenne de la petite courbure avec biloculation gastrique nette. L'ulcère a été perforé et bouché par le petit épiploon. Excision de l'ulcère et suture transversale. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

MARS 1927. — Guérison. La malade n'a aucun trouble grave. Seules ses digestions sont un peu lourdes. Elle a pris 2 kg et peut faire son travail.

OBS. 634. — (R. 16, p. 112). — Mme P... Valentine, 34 ans. — La malade souffre et vomit depuis 4 ans. Elle a eu plusieurs hématomèses.

12 DÉCEMBRE 1922. — INTERVENTION : On trouve un ulcère de la petite courbure, perforé et bouché par le pancréas. Excision de l'ulcère; suture longitudinale. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Décès le 18 Décembre par shock opératoire.

OBS. 635. — (R. 16, p. 171). — Mme R... Marie, 38 ans. — La malade souffre et vomit depuis 4 ans.

23 FÉVRIER 1923. — INTERVENTION : On trouve un ulcère de la petite courbure adhérent au pancréas. Excision très large de l'ulcère; suture longitudinale. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

MARS 1927. — La malade a continué à souffrir et a vomir pendant un mois. Puis guérison au point de vue gastrique. Elle est soignée actuellement pour spécificité héréditaire.

OBS. 636. — (R. 16, p. 278). — Mme E... Marie, 47 ans. — La malade souffre depuis 25 ans. Elle a eu une hématomèse.

11 JUILLET 1923. — INTERVENTION : On trouve un ulcère de la petite courbure, très haut situé. Excision de l'ulcère; suture transversale. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : La malade meurt le 25 Juillet 1923, après avoir eu une phlébite.

OBS. 637. — (R. 17, p. 32). — Mme D... Marie, 40 ans. — La malade souffre et vomit depuis 9 ans.

8 OCTOBRE 1923. — INTERVENTION : On trouve un ulcère de la partie moyenne de la petite courbure. Excision de l'ulcère et suture longitudinale. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Parfaites pendant 2 ans. Puis reprise des douleurs.

20 NOVEMBRE 1925. — INTERVENTION : On fait une pylorogastrectomie large emportant l'ulcère et toute la portion de l'estomac située en dessous. Il y a un ulcère peptique de la bouche de gastro. On sépare l'estomac de l'intestin et on rétrécit l'ouverture un peu trop grande de ce dernier pour pouvoir faire une gastroentérostomie antérieure transmésocolique au bouton.

MARS 1927. — Guérison. La malade n'a aucun trouble. Elle a pris 3 kg et peut travailler.

OBS. 638. — (R. 17, p. 139). — Mme B... Jeanne, 40 ans. — La malade souffre et vomit depuis 8 ans.

11 FÉVRIER 1924. — INTERVENTION : On trouve un ulcère de la partie moyenne de la petite courbure. Excision large de l'ulcère. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

MARS 1927. — Guérison. La malade n'a que quelques troubles très légers indéfinissables. Elle a repris son poids normal et travaille.

OBS. 639. — (R. 17, p. 238). — Mlle B... Julia, 35 ans. — La malade souffre et vomit depuis 20 ans. Elle a eu plusieurs hématomés.

5 MAI 1924. — INTERVENTION : On trouve un ulcère de la partie moyenne de la petite courbure, ayant un peu rétréci l'estomac. Excision de l'ulcère. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

MARS 1927. — Guérison. La malade n'a aucun trouble. Elle a pris 5 kg et travaille facilement.

OBS. 640. — (R. 17, p. 278). — Mme D... Marguerite, 61 ans. — La malade souffre depuis 10 ans; elle ne vomit pas.

30 MAI 1924. — INTERVENTION : On trouve plusieurs ulcères : un ou deux sur le pylore; d'autres sur le duodénum; d'autres sur la petite courbure. Exérèse large du plus grand des ulcères, sur la petite courbure. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

MARS 1927. — Guérison. La malade n'a aucun trouble. Elle a repris son poids normal.

OBS. 641. — (R. 18, p. 23). — Mme J... Marie, 68 ans. — La malade souffre depuis 20 ans. Elle eut une hématomèse.

8 JUILLET 1924. — INTERVENTION : On trouve un ulcère de la petite courbure. Excision de l'ulcère et suture longitudinale. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

MARS 1927. — Guérison. La malade n'a aucun trouble. Elle a repris son poids normal et travaille.

OBS. 642. — (R. 18, p. 142). — Mme Ver..., 63 ans. — La malade souffre et vomit depuis 7 ans.

22 OCTOBRE 1924. — INTERVENTION : On trouve un ulcère de la petite courbure adhérent en arrière. Excision de l'ulcère et suture en T. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

MARS 1927. — La guérison a été parfaite jusqu'en Septembre 1926. Puis il y eut un épisode aigu. Un médecin consulté avait pensé à un néoplasme propagé au foie. Mais maintenant, tout a disparu. La

malade a un état gastrique parfait. Le foie reste un peu gros, mais il s'agit très probablement de spécificité.

OBS. 643. — (R. 19, p. 52). — Mme C... Marie, 63 ans. — La malade souffre et vomit depuis 7 ans.

28 MAI 1925. — INTERVENTION : On trouve un ulcère calleux adhérent de la partie moyenne de la petite courbure. Excision de l'ulcère. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Décès le 2 Juin 1925 après un infarctus.

OBS. 644. — (R. 19, p. 224). — Mme R... Marie, 42 ans. — La malade souffre depuis 4 ans; elle ne vomit pas.

13 JANVIER 1926. — INTERVENTION : On trouve un petit ulcère qui fixe la petite courbure. On fait une destruction large de l'ulcère au thermocautère. Ligature des vaisseaux coronaires autour de l'ulcère. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

MARS 1927. — Guérison. La malade n'a aucun trouble. Elle a repris son poids normal et travaille.

OBS. 645. — (R. 12, p. 94). — M. M... Philibert, 41 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 18 ans.

6 MARS 1920. — INTERVENTION : On trouve un ulcère induré de la partie moyenne de la petite courbure. Excision cunéiforme de l'ulcère. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a repris son poids normal et travaille.

OBS. 646. — (R. 12, p. 203). — M. D... Claude, 58 ans. — Le malade souffre depuis 15 ans et vomit depuis 4 ans.

11 AOUT 1920. — INTERVENTION : On trouve un énorme ulcère adhérent de la petite courbure. Excision de l'ulcère et suture longitudinale. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a repris son poids normal et travaille.

OBS. 647. — (R. 15, p. 146). — M. T... Louis, 61 ans. — Le malade souffre depuis 6 ans; il ne vomit pas.

15 JUIN 1923. — INTERVENTION : On trouve un ulcère de la partie moyenne de la petite courbure, allant jusqu'au pylore et adhérent au mésocôlon. Excision de l'ulcère. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Parfaites jusqu'en Mai 1924. Le malade avait pris 11 kg. Puis, reprise des douleurs; anorexie, vomissements.

4 SEPTEMBRE 1924. — INTERVENTION : On trouve un ulcère de la petite courbure très large, adhérent au foie et au pancréas, pénétrant et à bords abrupts. Malgré la difficulté on fait l'exérèse. Gastropyloréctomie Billroth II large. La gastro fonctionne bien.

MARS 1927 : Les suites ont été parfaites jusqu'à il y a quelques mois. Le malade recommence à vomir et à souffrir. Peut-être fait-il un nouvel ulcère.

OBS. 648. — (R. 15, p. 305). — M. V... Julien, 29 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 2 ans.

8 DÉCEMBRE 1923. — INTERVENTION : On trouve des ulcères multiples de la partie moyenne de la petite courbure et du pylore. Résection d'une bonne partie de la petite courbure et suture transversale. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

MARS 1927. — Le malade a continué à souffrir autant qu'avant jusqu'en Août 1926. Depuis ce temps, guérison parfaite.

OBS. 649. — (R. 16, p. 50). — M. F... Jacques, 34 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 2 ans.

16 FÉVRIER 1924. — INTERVENTION : On trouve un ulcère de la petite courbure, près du pylore. Excision de l'ulcère et suture en raquette. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a repris son poids normal et travaille,

OBS. 650. — (R. 16, p. 64). — M. D... Louis, 37 ans. — Le malade souffre depuis 15 ans et vomit depuis 6 ans.

4 MARS 1924. — INTERVENTION : On trouve un ulcère de la partie moyenne de la petite courbure. Excision de l'ulcère et suture longitudinale. Gastroentérostomie postérieure transmesocolique au bouton.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble sauf des digestions un peu longues. Il a pris 10 kg et travaille facilement.

OBS. 651. — (R. 16, p. 100). — M. C... Ferdinand, 38 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 17 ans.

11 AVRIL 1924. — INTERVENTION : On trouve un vieil ulcère de la petite courbure, très adhérent. Excision de l'ulcère et suture transversale. Gastroentérostomie postérieure transmesocolique à la suture sur la poche cardiaque, car l'estomac est biloculaire.

MARS 1927. — Résultat nul. Le malade souffre et vomit comme avant l'opération.

OBS. 652. — (R. 16, p. 170). — M. B... Jean, 39 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 9 ans.

11 JUIN 1924. — INTERVENTION : On trouve un ulcère de la petite courbure ayant provoqué une biloculation marquée. Excision de l'ulcère et suture longitudinale. Gastroentérostomie postérieure transmesocolique au bouton.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble, sauf des digestions un peu longues. Il a repris son poids normal et travaille.

OBS. 653. — (R. 16, p. 204). — M. M... Joseph, 25 ans. — Le malade souffre depuis 3 ans. Il ne vomit pas.

4 OCTOBRE 1924. — INTERVENTION : On trouve un ulcère de la petite courbure adhérent au pancréas. Excision de l'ulcère et suture longitudinale. Gastroentérostomie postérieure transmesocolique au bouton.

SUIVUS : Parfaites pendant 3 mois. Puis, reprise des douleurs et des vomissements.

13 JUILLET 1925. — **INTERVENTION** : On retrouve un ulcère de la petite courbure adhérent au foie et au pyllore. Il mesure en longueur. La bouche de gastro est très serrée. On l'agrandit par le procédé habituel.

SUITA : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

621. 454. — **LE 11**, p. 11. — M. R. CLAUDE, 46 ans. — Le malade vomit et vomit depuis 3 ans.

16 OCTOBRE 1924. — **INTERVENTION** : On trouve un ulcère de la petite courbure, induré, allant du pyllore au cardia et adhérent au foie. On se décide, après hésitation, à l'extirper. Le pyllore est perméable, et la gastro seule se détache d'elle. Pour diminuer la gêne de l'intervention, on fait seulement une incision de Palmer, avec incision longitudinale. Gastro-entérostomie antérieure primitive à la nature.

Examen histologique de la pièce opératoire : Ulcère simple de l'estomac.

SUITA : Le malade ne vomit absolument plus, mais depuis décembre 1925, il a vu apparaître une petite tumeur bossue dans le plexus comme un œuf, qui le fait revenir à l'hôpital.

6 FÉVRIER 1926. — **INTERVENTION** : On voit que cette tumeur est formée par un ulcère pépique enflammé de la bouche de gastro. On résèque tout le plexus inflammatoire et on refait la gastro à la nature.

Examen histologique : Ulcère simple.

4 NOVEMBRE 1926. — **INTERVENTION** : Le malade est revenu pour une tumeur identique à l'autre. Il s'agit en effet d'un nouvel ulcère pépique du plexus situé à 2 cm. de la bouche. On fait l'extirpation de l'ulcère et on refait la bouche de gastro.

Examen histologique : Cancer typique de l'estomac.

SUITA : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 655. — (R. 17, p. 182). — M. B... Antoine, 25 ans. — Le malade souffre depuis 8 ans et a du melæna.

4 MARS 1925. — INTERVENTION : On trouve un ulcère de la petite courbure. Résection longitudinale de la plus grande partie de la petite courbure. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton. Sur la pièce opératoire on trouve 3 ulcères à la suite l'un de l'autre.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a repris son poids normal et travaille.

OBS. 656. — (R. 18, p. 22). — M. C... Pierre, 45 ans. — Le malade souffre depuis 12 ans et vomit depuis 2 ans.

24 JUILLET 1925. — INTERVENTION : On trouve un ulcère de la petite courbure près du cardia et des cicatrices de vieux ulcères sur le duodénum qui est un peu sténosé. Excision de l'ulcère de la petite courbure. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a pris 12 kg et travaille facilement.

OBS. 657. — (R. 18, p. 68). — M. M... Gregorio, 31 ans. — Le malade souffre depuis 5 ans et ne vomit pas. Il a eu trois hématemèses depuis trois semaines.

12 OCTOBRE 1925. — INTERVENTION : On trouve un ulcère de la petite courbure juxtacardiaque, adhérent, et en activité. Il y a une cicatrice d'ulcère sous-pylorique et l'estomac est grand et épaissi. Excision de l'ulcère de la petite courbure. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a pris 7 kg et travaille facilement.

OBS. 658. — (R. 18, p. 87). — M. P... Félix, 35 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 5 ans.

10 NOVEMBRE 1925. — INTERVENTION : On trouve un ulcère de la petite courbure, adhérent, en voie de cicatrisation. On ouvre l'estomac pour le thermocau-

tériser et on profite de l'ouverture pour faire une gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a pris 4 kg et travaille facilement.

OBS. 659. — (R. 18, p. 141). — M. C... Antoine, 41 ans. — Le malade souffre depuis 3 ans et ne vomit pas. Il a eu deux hématomés ces dernières semaines.

11 JANVIER 1926. — INTERVENTION : On trouve un ulcère calleux de la partie moyenne de la petite courbure, perforé et bouché par le foie. On ouvre l'estomac : on résèque et on cautérise les bords de l'ulcère. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Parfaites pendant un mois. Puis le malade recommence à souffrir chaque fois qu'il se surmène et va mieux au repos.

5 FÉVRIER 1927. — INTERVENTION : On trouve un énorme ulcère, adhérent au foie et au pancréas, situé dans la moitié supérieure de la petite courbure, affleurant le cardia. Malgré la très grande difficulté, on se décide à l'enlever. On décolle tout l'ulcère dont le fond est formé par les organes voisins. On résèque le pourtour de la muqueuse malade et on referme à 3 plans l'énorme brèche obtenue, et non sans difficulté.

SUITES : Après l'opération, le malade allait très bien, mangeait bien et ne souffrait pas. Mais 10 jours après l'intervention, il se produit une large fistule gastrique. Tous les aliments sortent par la plaie opératoire. Cette fistule s'est refermée spontanément au bout de trois semaines. Puis le malade fait une complication pulmonaire, immédiatement suivie de pleurésie purulente, et il meurt le 13 Mars 1927.

OBS. 660. — (R. 18, p. 149). — M. B... Jean, 33 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 7 ans.

18 JANVIER 1926. — INTERVENTION : On trouve un ulcère de la partie moyenne de la petite courbure,

adhérent et enflammé. Excision de l'ulcère. Gastroentérostomie postérieure précolique au bouton.

MARS 1927 : Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a pris 10 kg. et travaille facilement.

OBS. 661. — (R. 19, p. 200). — M. C... Jean, 60 ans. — Le malade souffre depuis 5 ans et ne vomit que rarement.

13 NOVEMBRE 1926. — INTERVENTION : On trouve un ulcère sous-pylorique d'aspect cicatriciel sur lequel on fait un Balfour. On trouve un deuxième ulcère de la petite courbure, haut situé, perforé et bouché par le petit épiploon. Excision de cet ulcère. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble, si ce n'est des digestions un peu lentes. Il a pris 3 kg. et a un excellent état général.

OBS. 662. — (Clientèle). — H..., 48 ans.

16 JUIN 1920. — INTERVENTION : Ulcère calleux de la petite courbure perforé et bouché par le petit épiploon. Résection cunéiforme et gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927.

OBS. 663. — (Clientèle). — H..., 56 ans.

24 DÉCEMBRE 1920. — INTERVENTION : Ulcère de la petite courbure, hémorragique. Excision de l'ulcère et gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1924.

OBS. 664. — (Clientèle). — F..., 40 ans.

28 DÉCEMBRE 1921. — INTERVENTION : Ulcère de la petite courbure avec biloculation. Excision de l'ulcère et gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927.

OBS. 665. — (Clientèle). — H..., 40 ans.

27 OCTOBRE 1922. — INTERVENTION : Ulcère de la petite courbure. Excision de l'ulcère et gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927.

OBS. 666. — (Clientèle). — F..., 30 ans.

2 JANVIER 1923. — INTERVENTION : Ulcère de la petite courbure. Excision de l'ulcère et gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927.

OBS. 667. — (Clientèle). — H..., 45 ans.

5 SEPTEMBRE 1924. — INTERVENTION : Ulcère de la petite courbure, au-dessus de la partie moyenne; deuxième ulcère sous-pylorique. Excision de l'ulcère de la petite courbure. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SEPTEMBRE 1925. — INTERVENTION : Elargissement de la bouche de gastro qui est sténosée.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 668. — (Clientèle). — F..., 55 ans.

19 SEPTEMBRE 1924. — INTERVENTION : Ulcère calleux de la petite courbure adhérent au foie et au pancréas, avec biloculation gastrique. Excision de l'ulcère et gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1926.

OBS. 669. — (Clientèle). — H..., 42 ans.

23 DÉCEMBRE 1924. — INTERVENTION : Ulcère calleux de la partie moyenne de la petite courbure, et deuxième ulcère adhérent du pylore. Excision de l'ulcère de la petite courbure et gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927.

OBS. 670. — (Clientèle). — H..., 58 ans.

3 JANVIER 1927. — INTERVENTION : Ulcère de la petite courbure. Excision large de l'ulcère et gastro-entérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison parfaite en Mars 1927.

OBS. 671. — (Th. de Ducroux). — F..., 65 ans. — La malade souffre depuis 20 ans et vomit depuis 2 ans.

19 SEPTEMBRE 1921. — INTERVENTION : Estomac biloculaire par ulcère de la petite courbure adhérent en arrière. Sténose pylorique par ulcère cicatrisé. Excision de l'ulcère de la petite courbure, et gastro-entérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1925.

OBS. 672. — (R. 13, p. 280). — Mme M... Augustine, 47 ans. — La malade souffre depuis 1 an; elle ne vomit pas.

24 JANVIER 1920. — INTERVENTION : On trouve un vieil ulcère du pylore en voie de cicatrisation, et un deuxième ulcère à 4 cm. au-dessous du cardia, adhérent au foie et au pancréas. Excision de cet ulcère et suture transversale. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 673. — (R. 13, p. 294). — Mme P... Victorine, 47 ans. — La malade souffre depuis 7 ans; elle ne vomit pas.

10 FÉVRIER 1920. — INTERVENTION : Ulcère de la petite courbure situé près du cardia. Résection cunéiforme de cet ulcère avec suture transversale. Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 674. — (R. 15, p. 73). — Mme L... Marie, 62 ans. — La malade a des vomissements alimentaires depuis 15 ans, et ne souffre que depuis 6 mois.

11 JUILLET 1921. — INTERVENTION : Ulcère de la partie moyenne de la petite courbure, descendant jusqu'au pylore. Excision large de l'ulcère et suture longitudinale. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 675. — (R. 16, p. 259). — Mme C... Marie, 31 ans. — La malade souffre depuis 2 ans; elle ne vomit pas.

21 JUIN 1923. — INTERVENTION : On trouve un petit ulcère induré de la partie moyenne de la petite courbure. Excision de l'ulcère. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : On apprend le décès de la malade : date et cause inconnues.

OBS. 676. — (R. 17, p. 52). — Mme B... Marie, 32 ans. — La malade souffre depuis 15 ans; elle ne vomit pas.

27 OCTOBRE 1923. — INTERVENTION : On trouve un ulcère induré au milieu de la petite courbure. Excision de l'ulcère et suture transversale. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 677. — (R. 17, p. 127). — Mme L... Marguerite, 45 ans. — La malade souffre et vomit depuis 10 ans.

30 JANVIER 1924. — INTERVENTION : On trouve un ulcère de la partie moyenne de la petite courbure, empiétant un peu sur la face antérieure. On le résèque. On voit alors qu'à côté de lui, il y a un deuxième ulcère que l'on résèque également. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 678. — (R. 18, p. 173). — Mme Deb..., 40 ans. — Pas de renseignements antérieurs.

18 NOVEMBRE 1924. — INTERVENTION : On trouve un ulcère de la petite courbure, très haut situé, et adhérent au péritoine postérieur dans lequel il s'est creusé une niche. Excision large et suture longitudinale. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 679. — (R. 18, p. 182). — Mme M... Maria, 44 ans. — La malade souffre et vomit depuis 2 mois.

21 NOVEMBRE 1924. — INTERVENTION : On trouve un ulcère de la partie moyenne de la petite courbure, adhérent au pancréas. Excision de l'ulcère. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 680. — (R. 20, p. 199). — Mme G... Pauline, 38 ans. — La malade souffre et vomit depuis 3 ans.

2 NOVEMBRE 1926. — INTERVENTION : On trouve une cicatrice d'ulcère étoilée sur le versant duodénal du pylore. Il y a deux petits ulcères en évolution sur la partie moyenne de la petite courbure. Excision de ces deux ulcères. Gastroentérostomie au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 681. — (R. 12, p. 154). — M. G... Roland, 42 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 3 ans.

21 MAI 1920. — INTERVENTION : L'estomac est grand. On trouve un gros ulcère de la partie moyenne de la petite courbure. Excision de l'ulcère et suture transversale. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Décès du malade chez lui : date et cause inconnues.

OBS. 682. — (R. 14, p. 182). — M. K... Pierre, 37 ans. — Le malade souffre depuis 4 ans; il ne vomit pas.

21 AOÛT 1922. — INTERVENTION : Ulcère de la petite courbure. Excision cunéiforme avec gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton à cause du voisinage du pylore.

SUITES : Décès du malade chez lui : date et cause inconnues.

OBS. 683. — (R. 14, p. 267). — M. R... Stanislas, 27 ans. — Le malade souffre depuis 2 ans; il ne vomit pas.

6 DÉCEMBRE 1922. — INTERVENTION : Ulcère de la petite courbure situé à 3 cm. du pylore. Excision de l'ulcère et suture longitudinale. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 684. — (R. 17, p. 94). — M. P... Eugène, 43 ans. — Le malade souffre depuis 10 ans; il ne vomit pas.

23 DÉCEMBRE 1924. — INTERVENTION : On trouve un ulcère prépylorique adhérent et un ulcère induré de la petite courbure. Excision de cet ulcère. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 685. — (Clientèle). — F..., 72 ans.

3 NOVEMBRE 1922. — INTERVENTION : Ulcère de la petite courbure. Excision de l'ulcère et gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

§ 5. — *Gastroentérostomie et excision de l'ulcère
en 2 temps*

OBS. 686. — (R. 16, p. 40). — Mme P... Euphrosine, 34 ans. — La malade a un syndrome de sténose pylorique d'autant de plusieurs mois.

26 AOUT 1922. — INTERVENTION : Ulcère de la petite courbure adhérent en arrière et ayant provoqué une sténose pylorique. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

12 SEPTEMBRE 1922. — INTERVENTION : Deuxième temps : Excision cunéiforme de l'ulcère.

MARS 1927 : Guérison. La malade n'a aucun trouble. Elle a pris 15 kg. et travaille facilement.

OBS. 687. — (R. 9, p. 164). — M. C... Emile, 50 ans. — Le malade a déjà été opéré le 3 octobre 1911 à l'hôpital par un chirurgien : Gros néoplasme, de la grosseur d'une mandarine, au niveau du pylore. Sur la tumeur, cicatrices blanchâtres de vieil ulcère. Rétraction du ligament suspenseur. Il y a de gros ganglions. On ne peut même pas songer à une gastrectomie. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

26 JANVIER 1918. — INTERVENTION : La gastro est souple et perméable. Sur la petite courbure, on trouve un ulcère perforé et bouché par le pancréas. Résection de l'ulcère.

L'examen histologique confirme le diagnostic d'ulcère.

SUITES : Guérison opératoire. Le malade est mort chez lui, de cause inconnue, 3 mois après la seconde intervention.

OBS. 688. — (R. 11, p. 240). — M. F... Antoine, 45 ans. — Le malade souffre depuis 8 ans. Il vomit rarement.

3 MAI 1919. — INTERVENTION : On trouve un ulcère de la petite courbure, au-dessus du pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

17 MAI 1919. — INTERVENTION : Deuxième temps : L'ulcère est adhérent en avant et en arrière. Excision de l'ulcère.

MARS 1927 : Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a repris son poids normal et travaille.

OBS. 689. — (R. 12, p. 226). — M. M... Louis, 44 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 1 an.

10 SEPTEMBRE 1920. — INTERVENTION : On trouve un ulcère de la petite courbure, bas situé, froncé et adhérent. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

24 SEPTEMBRE 1920. — INTERVENTION : Deuxième temps : Excision de l'ulcère et suture longitudinale.

MARS 1927 : Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a pris 4 kg. et travaille facilement.

OBS. 690. — (R. 13, p. 245). — M. L... Joseph, 41 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 2 ans. Il a eu de nombreuses hématomèses.

14 OCTOBRE 1921. — INTERVENTION : L'estomac est épaissi et dilaté. On trouve un ulcère de la petite courbure propagé au pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

27 OCTOBRE 1921. — INTERVENTION : Deuxième temps : L'ulcère a bien diminué. Excision de l'ulcère.

SUITES : Parfaites jusqu'en Février 1924. Puis reprise des douleurs.

21 AOUT 1924. — INTERVENTION : Il y a de la péri-gastrite étendue. On ne trouve rien d'anormal. On fait une jéjuno-jéjunostomie au bouton pour calmer les douleurs.

MARS 1927 : Le malade continue à souffrir à deux ou trois reprises de trois ou quatre jours chaque mois; chacune de ces crises douloureuses se termine par un vomissement alimentaire. Malgré cela, le malade a pris 10 kg. et travaille facilement; il se considère comme très soulagé.

OBS. 691. — (R. 17, p. 188). — M. B... Louis, 49 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 2 mois.

12 MARS 1925. — INTERVENTION : L'estomac est grand et épaissi. On trouve un ulcère calleux de la petite courbure adhérent en arrière. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

4 AVRIL 1925. — INTERVENTION : Deuxième temps : Excision de l'ulcère.

SUITES : Parfaites jusqu'en Octobre 1926. A partir de ce moment le malade commence d'avoir des signes de sténose pylorique.

15 NOVEMBRE 1926. — INTERVENTION : L'ulcère n'a pas récidivé. On trouve un ulcère peptique de la bouche de gastro. Excision de l'ulcère et réfection de la gastro à la suture.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a pris 4 kg. en 3 mois et travaille.

OBS. 692. — (R. 16, p. 272). — Mme D... Eugénie, 50 ans. — La malade souffre depuis 20 ans; elle ne vomit pas.

5 JUILLET 1923. — INTERVENTION : On trouve un ulcère de la petite courbure adhérent au pancréas. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

16 JUILLET 1923. — INTERVENTION : Deuxième temps : Excision de l'ulcère et suture longitudinale.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 693. — (R. 8, p. 131). — M. J... Antoine, 54 ans. — Le malade a déjà été opéré à Calais; on lui aurait fait une gastroentérostomie pour ulcère gastrique. Depuis quelque temps, il vomit.

23 MAI 1917. — INTERVENTION : Gros ulcère médio-gastrique adhérent en arrière. La bouche de gastro est normale. Excision de l'ulcère.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

§ 6. — *Gastrectomies Billroth II en 1 temps*

OBS. 694. — (R. 4, p. 13). — Mme P... Claire, 44 ans. — La malade souffre et vomit depuis 30 ans. Elle a eu de nombreuses hématomésés et arrive à l'hôpital, très cachectique.

6 AVRIL 1914. — INTERVENTION : L'estomac est adhérent à la paroi du côté gauche. En le décollant, on tombe sur une perforation. La face postérieure est adhérente au pancréas. On la libère. Le fond de l'ulcère, grand comme une paume de main, est formé par le pancréas que l'on thermocautérise à la fin de l'opération. Section de l'estomac au-dessus de l'ulcère et suture à 3 plans. Section du duodénum et suture à 2 plans. Gastroentérostomie postérieure trans-mésocolique au bouton.

SUITES : Décès le 15 avril, par cachexie.

OBS. 695. — (R. 4, p. 25). — Mme D... Marie, 41 ans. — La malade souffre et vomit depuis 1 an.

23 AVRIL 1914. — INTERVENTION : La paroi antérieure de l'estomac, à gauche, adhère à la paroi abdominale. En le décollant, on entre dans la cavité gastrique au niveau d'un ulcère de la petite courbure qui a pénétré dans la paroi abdominale. L'estomac est biloculaire. L'ulcère, très large, pénètre plus haut dans le foie et dans le pancréas. Mais il adhère tellement que l'on est obligé de laisser un morceau d'estomac en place. On enlève presque tout l'estomac. Gastrectomie Billroth II terminée par une gastroentérostomie à la suture.

SUITES : Décès le 29 Avril par cachexie.

OBS. 696. — (R. 5, p. 185). — Mme Col..., 39 ans. — Pas de renseignements antérieurs.

30 MARS 1916. — INTERVENTION : L'estomac porte une biloculation très haute, à 5 cm. du cardia. Il y a en outre une sténose pylorique. On enlève toute

la poche inférieure. Il y a des adhérences vasculaires au niveau du pylore et de la sténose médiogastrique. Fermeture des deux tranches. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

MARS 1927 : Guérison. La malade n'a aucun trouble. Elle a pris 8 kg. et travaille facilement.

OBS. 697. — (R. 6, p. 210). — Mme M... Marie, 54 ans. — Pas de renseignements antérieurs.

17 AOUT 1916. — INTERVENTION : On trouve un ulcère à la base de la petite courbure, à 6 cm. du pylore. Il y a aussi une sténose très serrée du pylore qui n'admet pas le petit doigt. Nombreux ganglions dans les épiploons. Gastrectomie Billroth II terminée par une gastroentérostomie au bouton.

SUITES : Guérison maintenue au point de vue gastrique. Décès de la malade le 8 Avril 1918, de cause inconnue.

OBS. 698. — (R. 9, p. 192). — Mme And..., 44 ans. — La malade souffre et vomit depuis 20 ans. Elle a eu plusieurs hématemèses.

22 AOUT 1917. — INTERVENTION : On trouve un ulcère ayant rongé la petite courbure sur une grande étendue et ayant beaucoup rapproché le pylore du cardia. En outre les deux faces antérieure et postérieure sont rongées, de telle sorte que la petite courbure est rapprochée de la grande. Donc estomac biloculaire. Gastrectomie Billroth II terminée par une gastroentérostomie au bouton.

SUITES : Décès de la malade en 48 h. par choc opératoire.

OBS. 699. — (R. 15, p. 53). — Mme A... Eugénie, 33 ans. — La malade souffre et vomit depuis 10 ans. Elle a eu plusieurs hématemèses.

27 JUIN 1921. — INTERVENTION : L'estomac est enfoui sous de nombreuses adhérences que l'on clive avec la main. Ulcère de la petite courbure, adhérent

au pancréas, et descendant jusqu'au pylore. Estomac biloculaire. On fait une gastrectomie sous-séreuse correcte, consistant en une ablation complète de toute la poche inférieure. Suture des 2 tranches à 3 plans et gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton. On péritonise l'arrière-cavité avec ce que l'on trouve.

MARS 1927 : La malade ne souffre plus, ne vomit plus, n'a plus d'hématémèses. Elle conserve des digestions difficiles et pénibles.

OBS. 700. — (R. 18, p. 125). — Mme M... Madeleine, 62 ans. — La malade souffre et vomit depuis 20 ans.

9 OCTOBRE 1924. — Intervention : On trouve un estomac biloculaire avec deux ulcères : l'un médio-gastrique sur la petite courbure; l'autre duodénal, sous-pylorique. On enlève toute la poche inférieure. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

MARS 1927. — Guérison. La malade n'a aucun trouble. Elle a pris 9 kg. Etat général parfait.

OBS. 701. — (R. 18, p. 130). — Mme C... Valentine, 42 ans. — La malade souffre depuis 20 ans; elle ne vomit pas. Elle a eu de nombreuses hématémèses.

14 OCTOBRE 1924. — INTERVENTION : On trouve deux ulcères : l'un sur la petite courbure, avec une biloculation gastrique; l'autre sur le pylore. Large gastropyloréctomie enlevant toute la poche inférieure. Gastroentérostomie antérieure transmésocolique au bouton.

MARS 1927. — La malade n'a plus eu d'hématémèses depuis l'intervention. Elle a conservé encore des douleurs et de mauvaises digestions pendant deux ans. Puis elle a été nettement améliorée. Mais la malade n'a pas de forces; elle a des nausées au moindre effort.

OBS. 702. — (R. 18, p. 138). — Mme P... Marie, 53 ans. — La malade souffre et vomit depuis 6 ans.

18 OCTOBRE 1924. — INTERVENTION : On trouve un ulcère de la petite courbure. Gastrectomie Billroth II avec gastroentérostomie au bouton.

MARS 1917. — Guérison. La malade n'a aucun trouble. Elle a pris 6 kg. et travaille facilement.

OBS. 703. — (R. 3, p. 237). — M. C... Félix, 38 ans. — Le malade souffre depuis 3 ans; il ne vomit pas. Il a eu plusieurs hématomés.

11 MARS 1914. — INTERVENTION : On trouve un ulcère de la petite courbure adhérent au foie. Gastropyloréctomie et gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

MARS 1927. — Guérison. La malade n'a aucun trouble. Il a pris 15 kg. Parfait état général.

OBS. 704. — (R. 5, p. 20). — M. D... Jean, 48 ans. — Pas de renseignements antérieurs.

4 JANVIER 1916. — INTERVENTION : On trouve un gros ulcère de la petite courbure, au-dessus du pylore, avec biloculation gastrique. On thermocautérise le pancréas qui formait le fond de l'ulcère. Gastrectomie Billroth II avec gastroentérostomie au bouton.

SUITES : Le malade est mort chez lui deux mois après l'intervention, après avoir beaucoup souffert.

OBS. 705. — (R. 8, p. 27). — M. C... Joseph, 42 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 5 ans.

10 MARS 1917. — INTERVENTION : On trouve un ulcère de la petite courbure, à 7 cm. au-dessus du pylore; celui-ci est rétréci par une coudure provoquée par la rétraction de l'ulcère. Gastrectomie Billroth II avec gastroentérostomie au bouton.

SUITES : Le malade était bien guéri au point de vue gastrique, quand il est mort, en Avril 1918, d'une méningite.

OBS. 706. — (R. 16, p. 185). — M. M... Adolphe, 52 ans. — Le malade souffre depuis 10 ans et vomit depuis 3 mois.

26 JUIN 1924. — INTERVENTION : On trouve une cicatrice d'ulcère sur la première portion du duodénum. Il y a un autre ulcère haut situé, de la petite courbure; tous les deux sont adhérents. Large gastropyloréctomie avec gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Décès le 5 Juillet 1924, après une pneumonie lobaire aiguë.

OBS. 707. — (R. 18, p. 242). — M. C... Antoine, 39 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 4 ans.

20 MARS 1926. — INTERVENTION : On trouve un énorme ulcère de la petite courbure ayant rongé jusqu'au pylore. Gastrectomie Billroth II avec gastroentérostomie au bouton.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a repris son poids normal et travaille.

OBS. 708. — (R. 18, p. 258). — M. B... Claudius, 26 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 5 ans.

29 MARS 1926. — INTERVENTION : On trouve un ulcère adhérent et très enflammé, de la petite courbure. Gastrectomie Billroth II avec gastroentérostomie au bouton.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a repris son poids normal et travaille.

OBS. 709. — (R. 18, p. 287). — M. P... André, 47 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 6 ans.

21 AVRIL 1926. — INTERVENTION : L'estomac est grand et un peu épaissi. On trouve un ulcère adhérent, de la partie moyenne de la petite courbure. Gastrectomie Billroth II avec gastroentérostomie au bouton.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a pris 10 kg. et travaille facilement.

OBS. 710. — (R. 19, p. 5). — M. G... Claude, 69 ans. — Le malade souffre depuis 20 ans et vomit depuis 4 ans.

10 MAI 1926. — INTERVENTION : On trouve un ulcère calleux de la partie moyenne de la petite courbure et un second ulcère du versant duodénal du pylore. Gastrectomie Billroth II avec gastroentérostomie au bouton.

MARS 1927. — Guérison. Seules les digestions sont un peu lourdes. Le malade n'a pas d'autre trouble. Il a pris 8 kg et a un parfait état général.

OBS. 711. — (R. 19, p. 53). — M. G... Antoine, 53 ans. — Le malade souffre depuis 15 ans; il ne vomit pas.

28 JUIN 1926. — INTERVENTION : On trouve un ulcère de la petite courbure, perforé et bouché par le foie. Gastrectomie Billroth II avec gastroentérostomie au bouton.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a pris 10 kg. et travaille facilement.

OBS. 712. — (Clientèle). — F., 40 ans.

23 NOVEMBRE 1912. — INTERVENTION : Ulcère médio-gastrique et biloculation. Gastrectomie Billroth II avec gastroentérostomie au bouton. Sur la pièce opératoire on trouve un ulcère pylorique.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927.

OBS. 713. — (Clientèle). — F., 48 ans.

15 FÉVRIER 1921. — INTERVENTION : Ulcères multiples. Ulcère double de la petite courbure avec biloculation. Petits ulcères du pylore. Large gastropylorectomie Billroth II avec gastroentérostomie au bouton.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927.

OBS. 714. — (Clientèle). — F., 50 ans.

17 JUIN 1924. — INTERVENTION : Ulcère de la partie moyenne de la petite courbure avec biloculation. Ulcère du pylore. Ablation de la poche inférieure.

Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1926.

OBS. 715. — (Clientèle). — F., 42 ans.

12 NOVEMBRE 1925. — INTERVENTION : Ulcère médiogastrique avec biloculation. Large gastropyloréctomie Billroth II avec gastroentérostomie au bouton.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927.

OBS. 716. — (Clientèle). — H., 49 ans.

17 JUIN 1926. — INTERVENTION : Ulcère calleux de la petite courbure. Gastrectomie Billroth II avec gastroentérostomie au bouton.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927.

OBS. 717. — (Th. de Ducroux). — H., 46 ans. — Crise aiguë de douleurs il y a 18 mois; seconde crise il y a 6 mois; troisième il y a 2 mois. Pas de signes de sténose.

8 DÉCEMBRE 1924. — INTERVENTION : Ulcère calleux de la petite courbure, adhérent au pancréas. Second ulcère très petit, presque cicatrisé, sur le pylore. Gastrectomie Billroth II avec gastroentérostomie au bouton.

SUITES : Décès le quatorzième jour par péritonite due à la fistulisation du moignon duodénal.

OBS. 718. — (R. 2, p. 152). — Mme C... Marie, 29 ans. — La malade souffre et vomit depuis 8 ans.

28 DÉCEMBRE 1912. — INTERVENTION : Estomac biloculaire dont la poche inférieure est plus grande que la supérieure. Le pancréas adhère lâchement. Section de l'estomac au-dessus de la sténose médiogastrique et au-dessous du pylore. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 719. — (R. 7, p. 93). — Mme P... Claudine, 53 ans. — La malade souffre depuis 10 ans; elle ne vomit pas.

27 OCTOBRE 1916. — INTERVENTION : Ulcère de la petite courbure adhérent au foie et au pancréas et produisant une biloculation gastrique. Exérèse difficile. Gastrectomie Billroth II avec gastroentérostomie à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 720. — (R. 7, p. 128). — Mme C... Emilie, 35 ans. — Pas de renseignements antérieurs.

15 NOVEMBRE 1916. — INTERVENTION : Estomac biloculaire par ulcère médiogastrique avec ulcère pylorique concomitant provoquant de la sténose. Gastrectomie Billroth II avec gastroentérostomie au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 721. — (R. 7, p. 178). — Mme R... Marie, 50 ans. — Phénomènes de sténose incomplète datant de 2 mois.

6 DÉCEMBRE 1916. — INTERVENTION : Ulcère médiogastrique de la petite courbure adhérent au pancréas, ayant provoqué une biloculation. Résection de toute la poche inférieure. Le pylore paraît être cicatriciel. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 722. — (R. 19, p. 164). — Mme Ren..., 36 ans. — La malade souffre et vomit depuis 10 ans.

10 NOVEMBRE 1925. — INTERVENTION : Ulcère de la petite courbure à 7 cm. du pylore. Gastrectomie Billroth II avec gastroentérostomie au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 723. — (R. 20, p. 128). — Mme Dur..., 54 ans. — La malade souffre depuis 4 ans; elle ne vomit pas.

1^{er} SEPTEMBRE 1926. — INTERVENTION : Ulcère de la petite courbure perforé et bouché par le petit épiploon. Le pylore est induré, peut-être ulcéré. Gastrectomie Billroth II avec gastroentérostomie au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 724. — (R. 5, p. 11). — M. R... Auguste, 52 ans. — Pas de renseignements antérieurs.

14 JANVIER 1916. — INTERVENTION : Ulcère en selle de la petite courbure, adhérent au pancréas. Biloculation médiogastrique large. Gastrectomie Billroth II.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 725. — (R. 10, p. 18). — M. V... Marius, 54 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 1 an.

10 JUILLET 1918. — INTERVENTION : Gros ulcère de la partie moyenne de la petite courbure. Gastrectomie Billroth II avec gastroentérostomie au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 726. — (R. 12, p. 272). — M. D... Victor, 57 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 9 ans.

11 NOVEMBRE 1920. — INTERVENTION : Ulcère de la petite courbure. Gastrectomie Billroth II.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 727. — (R. 13, p. 12). — M. L... Clémentin, 58 ans. — Le malade souffre depuis 1 an et vomit depuis 4 mois. Il y a 10 jours : hématemèse et syndrome de perforation.

22 DÉCEMBRE 1920. — INTERVENTION : Collection sous-hépatique de sang et de liquide gastrique. Grosse perforation d'un ulcère de la petite courbure bas situé. Gastrectomie Billroth II.

SUITES : Guérison opératoire. Décès date et cause inconnues.

OBS. 728. — (R. 15, p. 297). — M. B... Ferdinand, 42 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 6 ans.

29 NOVEMBRE 1923. — INTERVENTION : Ulcère de la petite courbure, près du pylore, adhérent au pancréas. Gastrectomie Billroth II avec gastroentérostomie au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 729. — (R. 17, p. 232). — M. N... Virginio, 39 ans. — Le malade souffre depuis 18 ans; il ne vomit pas.

23 AVRIL 1925. — INTERVENTION : Ulcère de la petite courbure, bas situé. Gastrectomie Billroth II avec gastroentérostomie au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 730. — (R. 18, p. 185). — M. C... Joseph, 42 ans. — Le malade souffre depuis 3 ans; 3 hématomésés récentes.

17 FÉVRIER 1926. — INTERVENTION : Ulcère médiogastrique de la petite courbure. Gastrectomie Billroth II avec gastroentérostomie au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 731. — (R. 18, p. 276). — M. C... Marius, 39 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 1 an.

19 AVRIL 1926. — INTERVENTION : Ulcère de la petite courbure, perforé et bouché par le petit épiploon. Gastrectomie Billroth II avec gastroentérostomie au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 732. — (R. 19, p. 165). — M. C... Claude, 60 ans. — Le malade souffre depuis 5 ans; il ne vomit pas.

14 OCTOBRE 1926. — INTERVENTION : Ulcère calleux de la partie moyenne de la petite courbure, adhérent au pancréas. Gastrectomie Billroth II avec gastroentérostomie au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 733. — (Clientèle). — F., 40 ans.

28 DÉCEMBRE 1912. — INTERVENTION : Double ulcère de la petite courbure avec biloculation. Gastrectomie Billroth II avec gastroentérostomie au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 734. — (Clientèle). — F., 44 ans.

6 AVRIL 1914. — INTERVENTION : Ulcère pénétrant médiogastrique. Gastrectomie Billroth II avec gastroentérostomie au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 735. — (Clientèle). — F., 41 ans.

23 AVRIL 1914. — INTERVENTION : Ulcère de la petite courbure avec biloculation. Gastrectomie Billroth II avec gastroentérostomie à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

§ 7. — *Gastrectomies Billroth II en 2 temps*

OBS. 736. — (R. 12, p. 148). — Mme Bar..., 44 ans. — La malade souffre et vomit depuis 18 mois; sténose pylorique.

24 DÉCEMBRE 1918. — INTERVENTION : L'estomac est distendu et très épaissi. Gros ulcère calleux du pylore adhérent au mésocôlon et au pancréas. Gas-

troentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

16 JANVIER 1919. — INTERVENTION : Deuxième temps : Il s'agit en réalité d'un ulcère de la petite courbure ayant causé une biloculation. On enlève la poche inférieure et l'ulcère. Suture séparée du duodénum et de l'estomac. A l'examen de la pièce, le pylore n'est pas rétréci et il y a deux ulcères de la petite courbure.

MARS 1927. — Guérison. La malade n'a aucun trouble. Elle a repris son poids normal. Etat général parfait.

OBS. 737. — (R. 14, p. 68). — M. C... Pierre, 59 ans. — Le malade souffre depuis 20 ans; il ne vomit pas.

25 MARS 1922. — INTERVENTION : On trouve un ulcère de la petite courbure, bas situé, perforé et bouché par le petit épiploon. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

6 AVRIL 1922. — INTERVENTION : Deuxième temps : Gastrectomie Billroth II facile.

SUITES : Parfaites pendant 2 mois. Puis reprise des douleurs.

26 DÉCEMBRE 1922. — INTERVENTION : La bouche de gastro est souple et perméable. On ne voit rien d'anormal. On referme.

MARS 1927. — Le malade a été soulagé pendant 4 ans. Puis reprise des douleurs depuis 6 mois avec mauvais état général.

OBS. 738. — (R. 14, p. 185). — M. T... Camille, 52 ans. — Le malade souffre depuis 2 ans; il ne vomit pas.

30 AOUT 1922. — INTERVENTION : Ulcère prépylorique de la petite courbure, adhérent au pancréas, en activité. L'estomac est dilaté et épaissi. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

3 OCTOBRE 1922. — INTERVENTION : Deuxième temps : Gastrectomie Billroth II facile.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a repris son poids normal et travaille.

OBS. 739. — (Clientèle). — H., 34 ans.

7 OCTOBRE 1920. — INTERVENTION : Ulcère calleux de la petite courbure, adhérent. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

22 DÉCEMBRE 1920. — INTERVENTION : Deuxième temps : Gastrectomie Billroth II.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927.

OBS. 740. — (R. 12, p. 163). — Mme Vib..., 55 ans. — La malade souffre depuis 1 an. Elle ne vomit pas.

14 JANVIER 1919. — INTERVENTION : Enorme ulcère de la petite courbure adhérent au pancréas. Biloculation gastrique avec grosse poche pylorique, due peut-être à un ulcère pylorique. Malade en mauvais état. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton, sur la poche pylorique.

30 JANVIER 1919. — INTERVENTION : Deuxième temps : L'ulcère, grand comme une pièce de 5 francs est difficile à enlever. On peut y arriver après ouverture de l'estomac. On enlève la poche et l'orifice de gastro. On termine par un Billroth II avec gastroentérostomie à la suture.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

§ 8. — *Résections médiogastriques*

OBS. 741. — (R. 6, p. 66). — Mme A... Philomène, 64 ans. — Pas de renseignements antérieurs.

6 JUIN 1916. — INTERVENTION : Ulcère de la petite courbure, situé à quelques cm. du cardia, adhérent au pancréas sur une grande étendue. Le décollement est assez facile. Résection médiogastrique.

MARS 1927. — Guérison parfaite pendant 4 ans. Puis la malade eut une petite hématomérose isolée,

sans gravité. De nouveau 6 ans de guérison. Puis seconde petite hématomèse isolée. Maintenant la malade va parfaitement bien.

OBS. 742. — (R. 8, p. 36). — Mme G... Marie, 29 ans. — La malade souffre depuis 3 ans.

15 FÉVRIER 1917. — INTERVENTION : Estomac biloculaire, par ulcère adhérent au foie et au pancréas, situé au-dessus de l'antra pylorique. La petite courbure est très indurée. Résection médiogastrique.

MARS 1927. — Guérison. La malade n'a aucun trouble. Elle a pris 15 kg. et travaille facilement.

OBS. 743. — (R. 12, p. 86). — Mme T... Clémentine, 35 ans. — La malade souffre et a des hématomèses depuis 6 ans.

19 OCTOBRE 1918. — INTERVENTION : Ulcère de la partie moyenne de la petite courbure, adhérent au pancréas. Résection médiogastrique.

MARS 1927. — Guérison. La malade n'a aucun trouble. Elle a pris 3 kg et travaille facilement.

OBS. 744. — (R. 12, p. 140). — Mme Ram..., 31 ans. — La malade souffre et vomit depuis 6 mois.

14 DÉCEMBRE 1918. — INTERVENTION : Ulcère de la petite courbure, très adhérent au pancréas. Résection médiogastrique. Il s'agit d'un ulcère calleux qui est bien dépassé.

MARS 1927. — Guérison. La malade n'a aucun trouble grave. Elle se plaint de quelques vagues douleurs sans caractères, tous les 3 ou 4 mois. Elle a pris 8 kg. et travaille.

OBS. 745. — (R. 16, p. 150). — Mme C... Marie, 40 ans. — La malade souffre depuis 5 ans; elle ne vomit pas.

25 JANVIER 1923. — INTERVENTION : Estomac biloculaire par ulcère haut situé. Résection médiogastrique.

MARS 1927. — Guérison parfaite, à condition de suivre un régime. Elle a repris son poids normal et travaille.

OBS. 746. — (R. 17, p. 79). — Mme Joâ..., 49 ans. — La malade souffre et vomit depuis 25 ans.

23 NOVEMBRE 1923. — INTERVENTION : Estomac biloculaire par ulcère de la petite courbure. Résection médiogastrique.

MARS 1927. — Guérison. La malade n'a aucun trouble. Elle a repris son poids normal et travaille.

OBS. 747. — (R. 17, p. 132). — Mlle R... Maria, 27 ans. — La malade souffre depuis 6 ans.

6 FÉVRIER 1924. — INTERVENTION : Enorme ulcère de la petite courbure allant du pylore au cardia; perforé et bouché : en avant par le foie, en arrière par le pancréas. Biloculation. Résection médiogastrique.

SUITES : Décès en 48 heures par choc.

OBS. 748. — (R. 18, p. 157). — Mme D... Françoise, 63 ans. — La malade souffre depuis 4 mois; elle ne vomit pas.

31 OCTOBRE 1924. — INTERVENTION : Ulcère de la petite courbure avec sténose médiogastrique. Le pylore est sain. Résection médiogastrique.

SUITES : Décès le quinzième jour. Cause non mentionnée sur l'observation.

OBS. 749. — (R. 20, p. 213). — Mme Gai..., 66 ans. — La malade souffre depuis 5 ans; elle a eu plusieurs hématomèses.

16 NOVEMBRE 1926. — INTERVENTION : Ulcère de la petite courbure, presque cicatrisé. Résection médiogastrique, avec suture de l'estomac en raquette.

MARS 1927. — La malade a souffert encore 2 mois. Puis guérison parfaite. Excellent état général.

OBS. 750. — (Clientèle). — F., 31 ans.

28 OCTOBRE 1913. — INTERVENTION : Ulcère médiogastrique avec biloculation. Résection médiogastrique.

SUITES : Guérison parfaite maintenue pendant 6 ans. Puis hématomèses en 1919. La malade refuse l'opération et meurt de cachexie en 1921.

OBS. 751. — (Clientèle). — F., 47 ans.

22 MAI 1917. — INTERVENTION : Ulcère médiogastrique avec biloculation. Résection médiogastrique.
SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927.

OBS 752. — (Clientèle). — F., 38 ans.

30 JUIN 1920. — INTERVENTION : Ulcère médiogastrique avec biloculation. — Résection médiogastrique..

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1924.

OBS. 753. — (Clientèle). — F., 40 ans.

19 MAI 1921. — INTERVENTION : Ulcère médiogastrique avec biloculation. Résection médiogastrique.
SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927.

OBS. 754. — (Clientèle). — F., 36 ans.

29 JUIN 1922. — INTERVENTION : Ulcère de la petite courbure avec biloculation. Résection médiogastrique.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927.

OBS. 755. — (R. 1, p. 101). — Mme B... Marie, 36 ans. — La malade souffre et vomit depuis 18 ans.

23 MARS 1912. — INTERVENTION : Sténose médiogastrique très serrée par ulcère de la petite courbure adhérent au pancréas. Résection médiogastrique.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 756. — (R. 9, p. 219). — Mlle R... Florine, 28 ans. — La malade souffre et vomit depuis 3 ans.

31 AOUT 1917. — INTERVENTION : Sténose médiogastrique par ulcère de la petite courbure perforé et bouché par le mésocôlon transverse. Résection médiogastrique.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 757. — (R. 14, p. 124). — Mme M... Marie, 49 ans. — La malade souffre et vomit depuis 2 ans. Hématémèses.

10 AOUT 1920. — INTERVENTION : Estomac biloculaire par ulcère de la petite courbure, perforé et bouché par le petit épiploon. Résection médiogastrique.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 758. — (R. 3, p. 165). — M. B... Jean, 51 ans. — Le malade souffre depuis 2 mois.

24 DÉCEMBRE 1913. — INTERVENTION : Ulcère de la petite courbure, perforé et bouché par le pancréas. Plusieurs ganglions. Résection médiogastrique.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 759. — (Clientèle). — F., 35 ans.

23 MARS 1912. — INTERVENTION : Biloculation gastrique par ulcère. Résection médiogastrique

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 760. — (Clientèle). — H., 50 ans.

23 DÉCEMBRE 1913. — INTERVENTION : Biloculation gastrique par ulcère. Résection médiogastrique.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

§ 9. — *Résections médiogastriques avec gastroentérostomies*

OBS. 761. — (R. 14, p. 9). — M. C... Etienne, 45 ans. — Le malade souffre depuis 8 ans; il ne vomit pas.

13 JANVIER 1922. — INTERVENTION : On trouve un ulcère adhérent de la petite courbure, perforé et bouché par le pancréas. Résection médiogastrique et

gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a pris 6 kg. et travaille facilement.

OBS. 762. — (Clientèle). — F., 50 ans.

7 JANVIER 1925. — INTERVENTION : Ulcère de la petite courbure avec biloculation gastrique. Résection médiogastrique et gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927.

OBS. 763. — (Clientèle). — F., 48 ans.

FÉVRIER 1925. — INTERVENTION : Ulcère triple de la petite courbure avec biloculation. Résection médiogastrique et gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927.

OBS. 764. — (R. 18, p. 295). — Mme Pic..., 37 ans. — La malade souffre et vomit depuis 15 ans. Hématémèses.

28 MARS 1925. — INTERVENTION : Ulcère de la petite courbure avec biloculation. On ouvre l'estomac en voulant l'extérioriser. Résection médiogastrique et gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.



OBS. 765. — (R. 15, p. 68). — Mme Gir..., 54 ans. — La malade souffre et a des hématémèses depuis 15 ans.

7 JUILLET 1921. — INTERVENTION : Estomac biloculaire. Résection médiogastrique et gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

§ 10. — *Gastrogastrostomies*

OBS. 766. — (R. 9, p. 217). — Mme Dep..., 58 ans. — Pas de renseignements antérieurs.

30 AOUT 1917. — INTERVENTION : On trouve un ulcère de la petite courbure, adhérent en arrière au mésocôlon et au pancréas, ayant provoqué une biloculation. Gastrogastrostomie à la suture.

SUITES : Décès en 33 jours; cause non précisée sur l'observation.

OBS. 767. — (R. 11, p. 197). — Mme Ilt..., 54 ans. — Pas de renseignements antérieurs.

27 JUIN 1918. — INTERVENTION : Estomac biloculaire par ulcère de la petite courbure très adhérent. On est pressé par le mauvais état de la malade. Gastrogastrostomie à la suture.

SUITES : D'après sa famille, la malade a été bien guérie pendant 3 ans. Décès, de cause non spécifiée le 18 Août 1921.

OBS. 768. — (R. 17, p. 43). — Mme R... Virginie, 57 ans. — La malade souffre depuis 30 ans; elle ne vomit pas.

20 OCTOBRE 1923. — INTERVENTION : On trouve beaucoup d'adhérences lâches. La vésicule biliaire est complètement atrophiée et réduite à un trajet canaliculaire. On l'enlève en laissant une pince à demeure. Estomac biloculaire très serré, par ulcère de la petite courbure adhérent en arrière. Gastrogastrostomie à la suture.

MARS 1927. — Guérison. La malade se plaint seulement d'un peu de constipation. Elle ne souffre plus et digère très bien.

OBS. 769. — (R. 17, p. 241). — Mme E... Clotilde, 56 ans. — La malade souffre de l'estomac depuis longtemps.

9 MAI 1924. — INTERVENTION : On trouve un ulcère médiogastrique de la petite courbure, facile à en-

lever, mais la malade est trop cachectique. Gastrogastrostomie à la suture.

MARS 1927. — Guérison. La malade n'a aucun trouble. Elle a repris son poids normal. Bon état général.

OBS. 770. — (R. 10, p. 10). — M. B... Auguste, 60 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 10 ans.

29 JUIN 1918. — INTERVENTION : L'estomac est petit et épaissi. On trouve un ulcère de la petite courbure, au-dessus du pylore, adhérent au pancréas et provoquant une biloculation gastrique. Gastrogastrostomie.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble et a repris son poids normal.

OBS. 771. — (R. 12, p. 120). — M. J... Marcel, 50 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 18 ans.

10 AVRIL 1920. — INTERVENTION : On trouve un ulcère médiogastrique de la petite courbure, très adhérent, ayant provoqué une biloculation gastrique. Exérèse impossible. Gastrogastrostomie à la suture.

15 AVRIL 1920. — INTERVENTION : On réintervient pour une occlusion intestinale. On fait une fistule sur une anse grêle.

SUITES : Le malade sort guéri le 29 Mai 1920.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a pris 12 kg. et travaille facilement.

OBS. 772. — (Clientèle). — F., 38 ans.

18 MAI 1922. — INTERVENTION : Ulcère médiogastrique adhérent, avec biloculation. Malade très cachectique. Gastrogastrostomie.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927.

OBS. 773. — (Clientèle). — F., 60 ans.

21 MARS 1924. — INTERVENTION : Ulcère calleux médiogastrique avec biloculation. Gastrogastrostomie.

6 DÉCEMBRE 1924. — INTERVENTION : Ulcère peptique de la bouche. Excision et réfection de la bouche.
SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927.

OBS. 774. — (Clientèle). — F., 43 ans.

13 MAI 1924. — INTERVENTION : Ulcère médiogastrique avec estomac biloculaire. Gastrogastrostomie et Balfour.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927.

OBS. 775. — (Clientèle). — F., 62 ans.

9 MAI 1923. — INTERVENTION : Ulcère médiogastrique avec biloculation. Cachexie. Gastrogastrostomie.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

§ 11. — *Gastrogastrostomie avec gastroentérostomie*

OBS. 776. — (R. 16, p. 310). — Mme Tou..., 56 ans. — La malade souffre depuis 12 ans. Elle eut une hématomérose.

30 AOUT 1923. — INTERVENTION : On trouve un ulcère calleux de la petite courbure qui est presque détruite, le cardia étant contre le pylore. Estomac biloculaire. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton sur la poche supérieure.

19 SEPTEMBRE 1923. — INTERVENTION : Deuxième temps : On ne peut pas enlever l'ulcère. Gastrogastrostomie à la suture.

MARS 1927. — Guérison. La malade ne souffre plus. Elle a pris 5 kg. Excellent état général.

OBS. 777. — (R. 19, p. 52). — M. R... Théophile, 48 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 10 ans.

22 JUIN 1926. — INTERVENTION : On trouve un ulcère de la petite courbure, avec une biloculation prononcée. Cet ulcère est très adhérent, et serait dangereux à enlever. Gastroentérostomie postérieure

transmésocolique au bouton. Gastrogastrostomie à la suture.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a repris son poids normal et travaille.

OBS. 778. — (R. 19, p. 174). — M. Q... Joseph, 59 ans. — Le malade souffre depuis 6 mois; il ne vomit pas.

25 OCTOBRE 1926. — INTERVENTION : On trouve un ulcère calleux très large, sous-cardiaque, de la petite courbure; et un autre ulcère plus petit, pyloroduodénal. Il existe une légère biloculation gastrique. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton. Gastrogastrostomie à la suture.

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble grave. Il se plaint seulement de quelques aigreurs. Il a repris son poids normal et travaille facilement.

OBS. 779. — (Clientèle). — F., 46 ans.

10 MARS 1917. — INTERVENTION : Estomac biloculaire par ulcère situé à la partie moyenne de la petite courbure et adhérent. Second ulcère pylorique avec sténose. Malade très cachectique. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton. Gastrogastrostomie large à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927.

OBS. 780. — (Clientèle). — F., 65 ans.

19 DÉCEMBRE 1921. — INTERVENTION : Double ulcère : l'un pylorique avec sténose; l'autre médio-gastrique avec biloculation. Malade anémique et cachectique. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton sur la poche inférieure. Gastrogastrostomie à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927.

OBS. 781. — (Clientèle). — F., 48 ans.

13 JUILLET 1923. — INTERVENTION : On trouve deux ulcères : l'un pylorique avec sténose; l'autre médio-gastrique avec biloculation. Gastroentérostomie pos-

térieure transmésocolique à la suture sur la poche inférieure. Gastrogastrostomie à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927.

OBS. 782. — (Clientèle). — H., 67 ans.

16 DÉCEMBRE 1924. — INTERVENTION : Ulcère adhérent de la petite courbure avec biloculation. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton sur la poche inférieure. Gastrogastrostomie à la suture.

SUITES : Guérison parfaite maintenue en 1927.

OBS. 783. — (R. 8, p. 40). — Mme G... Marie, 56 ans. — La malade souffre et vomit depuis 6 mois.

17 FÉVRIER 1917. — INTERVENTION : On trouve un énorme estomac biloculaire, avec deux grosses poches. La poche inférieure, épaisse et distendue, indique la présence d'un ulcère pylorique. Sur la petite courbure, il y a un énorme ulcère fixé en arrière, plus bas que l'angle duodéno-jéjunal. L'exérèse de cet ulcère est impossible. Gastrogastrostomie à la suture. L'exploration de la face interne de l'estomac montre qu'il s'agit d'un énorme ulcère grand comme une paume de main, et profond de 3 ou 4 cm., formant un véritable puits. Gastroentérostomie postérieure transmésocolique au bouton sur la poche inférieure.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

OBS. 784. — (Th. de Ducroux). — F., 58 ans. — La malade souffre depuis 20 ans.

19 DÉCEMBRE 1924. — INTERVENTION : On trouve un ulcère calleux de la petite courbure, très adhérent, avec biloculation gastrique. En plus il existe une sténose pylorique par ulcère cicatrisé. On fait une gastroentérostomie avec une gastrogastrostomie.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ulcéreuses.

§ 12. — *Gastrectomies diverses*

OBS. 785. — (R. 12, p. 74). — Mme Sch..., 43 ans. — La malade souffre et vomit depuis 20 ans.

7 OCTOBRE 1918. — INTERVENTION : On trouve un estomac biloculaire. Gastrectomie subtotale, avec suture du duodénum à la tranche gastrique (Péan).

SUITES : Décès le troisième jour par choc opératoire.

OBS. 786. — (R. 17, p. 39). — Mme Pon..., 45 ans. — La malade souffre depuis 30 ans.

17 OCTOBRE 1923. — INTERVENTION : Estomac biloculaire très serré, par ulcère haut situé. Sur le pylore, on trouve un autre ulcère cicatrisé, avec une sténose très serrée. Gastrectomie à la Polya.

MARS 1927. — Guérison. La malade n'a aucun trouble. Elle a repris son poids normal. Bon état général.

OBS. 787. — (R. 18, p. 111). — Mme D... Louise, 49 ans. — La malade souffre depuis 20 ans. En 1910, le Docteur Vallas lui fit une gastro. La malade est restée guérie jusqu'en Août 1924, date de la reprise des douleurs et des vomissements.

26 SEPTEMBRE 1924. — INTERVENTION : On trouve un ulcère médiogastrique sténosant et adhérent. Son exérèse est très difficile. On est obligé de couper d'abord l'estomac en deux parties. On enlève toute la poche inférieure et on referme le duodénum. L'estomac est refermé en partie et abouché à l'anse grêle. (Finsterer).

SUITES : Décès le sixième jour de cause non précisée sur l'observation.

OBS. 788. — (R. 18, p. 41). — M. S... Ferdinand, 35 ans. — Le malade souffre et vomit depuis 5 ans.

2 SEPTEMBRE 1925. — INTERVENTION : On trouve deux ulcères : l'un prépylorique; l'autre de la petite courbure. Gastropyloréctomie avec anastomose du duodénum à la face postérieure de l'estomac. (Kocher).

MARS 1927. — Guérison. Le malade n'a aucun trouble. Il a pris 24 kg. et travaille facilement.

OBS. 789. — (R. 15, p. 202). — Mme J... Marie, 54 ans. — La malade souffre depuis 1 an; elle ne vomit pas.

5 JANVIER 1922. — INTERVENTION : On trouve un ulcère de la petite courbure, perforé et bouché par le petit épiploon; il existe une cicatrice de vieil ulcère sur le pylore. Gastropyloréctomie. Fermeture du duodénum. Abouchement de l'anse jéjunale à la tranche gastrique. (Polya).

MARS 1927. — Guérison. La malade n'a aucun trouble. Elle a pris 12 kg. et travaille.

OBS. 790. — (R. 6, p. 158). — Mme P... Marie, 35 ans. — La malade a déjà été opérée en Décembre 1911 pour estomac biloculaire. On ne sait pas ce qu'on lui a fait. Pas d'autres renseignements.

17 JUILLET 1916. — INTERVENTION : On trouve de grosses adhérences médiogastriques, difficiles à libérer. Il y a des ganglions dans les pédicules. Biloculation très serrée. Résection de la poche inférieure et de la sténose. Suture de l'estomac restant, avec la tranche duodénale. (Péan).

MARS 1927. — Guérison. La malade n'a aucun trouble. Elle a repris son poids normal et travaille.

OBS. 791. — (R. 19, p. 288). — Mme M... Félicie, 53 ans. — La malade souffre et vomit depuis 20 ans.

12 MARS 1926. — INTERVENTION : Biloculation très serrée de l'estomac. Résection de la poche inférieure. Rétablissement de la continuité par le procédé de Péan.

MARS 1927. — Guérison. La malade n'a aucun trouble. Elle a pris 4 kg. et travaille facilement.

OBS. 792. — (R. 1, p. 122). — Mme D... Antoinette, 42 ans. — La malade souffre et vomit depuis 10 ans.

17 AVRIL 1912. — INTERVENTION : Estomac avec double sténose : médiogastrique et pylorique. Résection de la poche inférieure et du pylore, et rétablissement de la continuité par le procédé de Kocher. Sur la pièce opératoire on trouve trois ulcères : un au pylore, les deux autres au-dessus et au-dessous de la sténose médiogastrique.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 793. — (R. 2, p. 583). — Mme J... Marie, 42 ans. — La malade souffre et vomit depuis 12 ans.

8 AOUT 1913. — INTERVENTION : Estomac biloculaire avec grande poche pylorique et petite poche cardiaque. Il s'agit d'un ulcère de la petite courbure, dont le fond est formé par le duodénum. Résection de la poche inférieure et abouchement du duodénum à la face antérieure de l'estomac. (Kocher).

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 794. — (Clientèle). — F. 50 ans.

27 AVRIL 1912. — INTERVENTION : Estomac biloculaire et sténose pylorique. Gastropyloréctomie avec rétablissement de la continuité par le procédé de Kocher.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

OBS. 795. — (Clientèle). — F., 41 ans.

18 AOUT 1913. — INTERVENTION : Ulcère de la petite courbure avec biloculation. Gastrectomie Kocher.

SUITES : Guérison opératoire. Pas de nouvelles ultérieures.

§ 13. — *Observations diverses*

OBS. 796. — (R. 19, p. 197). — Mme F... Claudine, 53 ans. — La malade souffre et vomit depuis 1 mois et demi.

17 DÉCEMBRE 1925. — INTERVENTION : On trouve un ulcère adhérent de la petite courbure avec biloculation. Gastrostomie sur la poche pylorique, à la Fontan.

6 FÉVRIER 1926. — La malade est revue pour un petit abcès qui s'est formé autour de la sonde. Elle va bien au point de vue gastrique.

MARS 1927. — Guérison. La malade n'a aucun trouble. Elle a pris 2 kg. et digère bien.

JBS. 797. — (R. 12, p. 42). — M. L... Isidore, 48 ans. — Le malade souffre depuis 10 ans et vomit depuis 6 mois.

22 DÉCEMBRE 1919. — INTERVENTION : On trouve un ulcère de la petite courbure, près du cardia, et adhérent au pancréas. En raison de sa hauteur, on se contente de faire une thermocautérisation à la Balfour. L'examen histologique d'un tout petit fragment que l'on avait prélevé, confirme le diagnostic d'ulcère.

SUITES : Parfaites pendant 3 mois. Puis reprise des douleurs. Le malade a une petite éventration.

21 AOÛT 1920. — INTERVENTION : L'ulcère s'est reproduit et adhère de toutes parts. Résection de l'ulcère après ouverture de l'estomac; cautérisation; suture transversale à 2 plans. L'examen histologique de la pièce opératoire confirme le diagnostic d'ulcère.

SUITES : On revoit le malade le 22 Décembre 1920. Il se plaint de douleurs très fortes, mais il quitte l'hôpital en refusant l'intervention. Il revient le 6 Mars 1926. Depuis son dernier examen, le malade n'a pas cessé de souffrir, bien qu'un peu amélioré. Mais depuis 4 mois, les douleurs sont insupportables,

bien que sans caractères nets; le malade a de temps en temps des vomissements glaireux.

12 MARS 1926. — INTERVENTION : Il s'agit d'un énorme ulcère dans le grand cul-de-sac, impossible à aborder. On referme.

14 AVRIL 1926. — INTERVENTION : On se décide enfin à aller jusqu'au bout. Résection de la septième côte gauche sur 15 cm. de long. On traverse le diaphragme qu'il est assez difficile d'extérioriser, car il est très tendu et presque horizontal. On l'incise; on suture complètement le pourtour de cette incision aux lèvres de l'incision thoracique de façon à créer un canal allant de la peau au péritoine et on referme la plèvre. On tombe alors sur la paroi antérieure du grand cul-de-sac. Gros ulcère situé à 2 cm. au-dessous du cardia, très adhérent au diaphragme. On essaie de le libérer sans succès. On ouvre l'estomac et on cautérise ce gros ulcère après en avoir prélevé un fragment pour l'examen histologique. Celui-ci répond : cancer gastrique.

OBS. 798. — (R. 14, p. 214). — Mme F... Julie, 78 ans. — La malade souffre et vomit depuis 10 ans.

7 JANVIER 1921. — INTERVENTION : Le foie est adhérent à la paroi abdominale. En coupant la languette fibreuse qui forme cette adhérence, on ouvre une collection séreuse en contact avec une autre poche rétropéritonéale. On la marsupialise à la paroi. Aucune trace de néoplasme.

11 JANVIER 1921. — INTERVENTION : Il s'agit d'une perforation d'un ulcère gastrique dont le fond était formé par la paroi costo-abdominale et le foie. A son contact existait une petite collection séreuse. On extériorise la perforation. Toute la paroi antérieure de l'estomac et une grande partie de la petite courbure ont disparu. On avive les bords et on fait une suture à 3 plans.

SUITES : Décès le sixième jour, de cause non précisée.

OBS. 799. — (R. 14, p. 132). — Mme M... Emma, 38 ans. — La malade souffre depuis 1 an; elle ne vomit pas.

19 AOUT 1920. — INTERVENTION : Au niveau de la grande courbure, sur la face antérieure, existe un ulcère rougeâtre et épaissi. Il y a des ganglions épiploïques et sous-pyloriques. On fait une gastrectomie Billroth II avec gastroentérostomie au bouton.

SUITES : Guérison parfaite maintenue pendant 7 ans. Le 14 Décembre 1926 elle revient à l'hôpital pour un syndrome d'endocardite infectieuse. Décès le 6 Janvier 1927. A la vérification, l'estomac était dans un parfait état.



CONCLUSIONS

De l'ensemble de ce travail, et de l'étude de 799 observations d'ulcères gastroduodénaux, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

I. — ULCERES DU DUODENUM.

1° La GASTROENTÉROSTOMIE a donné, en général, d'excellents résultats, non seulement dans les ulcères assez proches du pylore ou s'accompagnant d'un certain degré de sténose, mais aussi dans les ulcères situés à l'union des première et deuxième portions du duodénum ou sur la deuxième portion.

2° La RÉSECTION DE L'ULCÈRE ne doit jamais être pratiquée seule, sans y adjoindre la gastroentérostomie. Elle présente, dans la majorité des cas, des difficultés techniques et même des dangers.

L'EXÉRÈSE LIMITÉE, ou mieux le BALFOUR, seront utilisés comme manœuvres complémentaires de la gastroentérostomie toutes les fois que les conditions anatomiques le permettront facilement, surtout dans les cas d'ulcères petits ou d'ulcères hémorragiques.

3° La DUODÉNO-PYLORO-GASTRECTOMIE a été préconisée comme devant être opposée systématiquement à l'ulcère du duodénum pour faire baisser le taux de l'acidité et pour éviter les ulcères peptiques ou récidivants. Nous pensons qu'elle doit être réservée aux cas très rares où, du fait des dispositions anatomiques, l'opération se présente comme facilement réalisable.

II. — ULCERES DU PYLORE.

1° La GASTROENTÉROSTOMIE a donné d'excellents résultats, même dans les cas d'ulcère calleux inextirpable. Elle doit être pratiquée dans tous les cas de sténose purement cicatricielle, et même dans les cas de sténose mixte, au moins comme premier temps d'une intervention ultérieure.

2° Le BALFOUR, ajouté à la gastroentérostomie, représente un progrès notable lorsqu'on a affaire à de petits ulcères jeunes, peu étendus.

3° La GASTROPYLORECTOMIE doit être opposée, en principe, à tous les ulcères calleux. Pratiquée en deux temps, ce qui réduit considérablement sa mortalité, elle doit être appliquée de plus en plus dans tous les cas d'ulcères un peu étendus, étant donné l'excellence de ses résultats, immédiats et éloignés.

III. — ULCERES DE LA PETITE COURBURE.

1° La GASTROENTÉROSTOMIE sera pratiquée lorsqu'il existera des phénomènes de rétention pylorique asso-

ciée et qu'on aura affaire à des ulcères de petit volume, non calleux. Dans les ulcères calleux étendus, même dans les cas accompagnés de sténose, la gastroentérostomie ne sera généralement pratiquée que devant l'impossibilité d'avoir recours au traitement direct.

2° La GASTROGASTROSTOMIE trouvera son indication optima dans les cas rares de sténose médiogastrique, avec ulcère cicatrisé, et sera accompagnée d'une gastroentérostomie sur la poche inférieure dans les cas d'ulcères multiples.

Elle donnera des succès dans les cas de sténose médiogastrique avec ulcère calleux étendu, en évolution, mais dans ces cas elle ne tirera ses indications que de l'impossibilité du traitement direct.

3° Le PROCÉDÉ DE BALFOUR ne semble présenter d'utilité que dans les cas de tout petits ulcères, ou dans les cas d'ulcères juxta-cardiaques difficilement accessibles. Il reste un traitement d'exception.

4° La RÉSECTION CUNÉIFORME, généralement accompagnée d'une gastroentérostomie complémentaire, doit être opposée aux ulcères chroniques, où une résection assez large peut s'étendre suffisamment loin des lésions. Elle peut reconnaître des indications dues à des hémorragies répétées, ou encore au siège haut de l'ulcère; et enfin peut être pratiquée dans certains cas difficiles d'ulcères pénétrants, très adhérents, comme une opération atypique et moins grave dans ces cas que la gastropyloréctomie.

5° La RÉSECTION MÉDIOGASTRIQUE sera réservée aux cas de sténose médiogastrique par ulcère en évolution et ne sera généralement pas appliquée dans les cas d'ulcères calleux, en selle, de la petite courbure, ne s'accompagnant pas d'un degré accentué de biloculation. Elle sera là remplacée le plus souvent par la gastropyloréctomie. Lorsque la poche inférieure est petite ou présente des traces d'autre ulcère, la gastropyloréctomie est alors bien préférable à la résection médiogastrique, accompagnée de gastroentérostomie.

6° La GASTROPYLORECTOMIE, pratiquée soit suivant le procédé de Billroth, soit suivant les procédés de Polya ou Finsterer, sera appliquée chaque fois qu'elle sera possible aux ulcères chroniques, anciens, étendus, adhérents et pénétrants, et aussi dans tous les cas d'ulcères multiples de la petite courbure et du pylore.

Les bons résultats de cette intervention, la diminution de sa mortalité avec les progrès de la technique, justifient la tendance à augmenter les indications de cette intervention.

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN, NOVE-JOSSERAND.
JEAN LEPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 9 Mai 1927

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
GHEUSI.

BIBLIOGRAPHIE

- BALFOUR. — Les échecs de la gastroentérostomie. *Journal of the American Medical Association*. T. 83, 1924.
- BALFOUR. — Les séquelles de la gastroentérostomie. (Les indications de la disjonction de la gastroentérostomie et la technique de cette opération). *Annals of Surgery*, 1925. Vol. 82, p. 421.
- BONAR. — Le fonctionnement de l'estomac avant et après la gastrojéjunostomie. *The Lancet*, 9 Août 1924.
- BRÉCHOT. — Contribution à l'étude de la pylorectomie. *Thèse Paris* 1909.
- BROWN et EUSTERMAN. — *Archiv internal medecine*. T. 32, Sept. 1923.
- CAILLÉ, DURAND et MARRE. — Résultats immédiats et éloignés du traitement chirurgical dans 45 cas d'ulcères gastriques et duodénaux. *Arch. des maladies du tube digestif*. T. VI, n° 7.
- CLAIRMONT. — Les résultats du traitement opératoire de la maladie de l'ulcère. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, 28 Février 1924.
- CRISTOPHE. — Résultats éloignés des diverses interventions pour ulcères de la petite courbure. *Arch. des mal. de l'appareil digestif et de la nutrition*. Juillet 1923.
- DELORE, COMTE et LABRY. — Ulcères doubles, bi-orificiels de l'estomac. *Lyon Médical*, 1^{er} Novembre 1925.
- DELORE et CONVERT. — L'ulcère peptique du jéjunum consécutif à la gastroentérostomie. *Revue de chirurgie*, T. 58, p. 26.

- DELORE et CREYSSEL. — Des ulcères récidivants post-opératoires. *Journal de Chirurgie*, Avril 1925.
- DELORE, MALLET-GUY et VACHEY. — De la résection dans les ulcères adhérents de la petite courbure. *Revue de Chirurgie*, 1925, n° 3.
- DELORE, MALLET-GUY et VACHEY. — Les formes multiples et récidivantes de l'ulcère de l'estomac, *Lyon Chirurgical*, T. XXII, n° 5, Sept.-Oct. 1925.
- DELORE, MICHON et POLLOSSON. — De l'oblitération cicatricielle des bouches de gastroentérostomie. *Revue de Chirurgie*, T. XLIII, 1924.
- DENÉCHAU. — Les suites réelles de la gastroentérostomie au cours de l'ulcère de l'estomac et de ses complications. *Thèse Paris* 1907.
- DUCROUX. — Les ulcères du pylore et du corps de l'estomac, associés ou consécutifs. *Thèse Lyon* 1926.
- DUVAL. — Note sur l'évacuation gastrique après gastropyloréctomie par le procédé de Péan. *Société de Chirurgie*, 20 Octobre 1920.
- DUVAL et ROUX. — Une cause de troubles fonctionnels après gastro : la sténose sous-vatérienne du duodénum. *Bulletins et Mémoires de la Sté Nat. de Chirurgie*. T. L, n° 29, 1924.
- FINSTERER. — Technique de la gastrectomie. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1914, T. CXXXVIII.
- FINSTERER. — Est-on autorisé à pratiquer une résection étendue de l'estomac dans l'ulcère duodénal ? *Zentralblatt für Chirurgie*, T. L, n° 42.
- FINSTERER. — Anesthésie locale et ses résultats dans la chirurgie abdominale. New-York, 1923.
- FLÖRCKEN. — *Brun's Beiträge zur Klinische Chirurgie*, T. CXXX, 1924.
- FRIEDMANN. — Sur le siège des ulcères de l'estomac et du duodénum. Conclusion sur leur traitement opératoire. *Archiv für Klinische Chirurgie*, T. CXXIV, f°1.
- FRIEDMANN. — Les grandes résections gastriques en particulier par Billroth I, dans l'ulcère gastrique. *Zentralblatt für Chirurgie*, 4 Novembre 1922.

- VON HABERER. — Ulcères gastriques et duodénaux, et leur traitement chirurgical. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, T. CLXXII, f^{os} 1, 4.
- HEMPEL. — Sur la mortalité opératoire et les résultats éloignés de la gastroentérostomie et de la résection dans les ulcères gastriques. *Thèse Leipzig*, 1921.
- HOFMAN. — 44 laparatomies itératives après interventions pour ulcus gastrique. *Archiv für Klinische Chirurgie*, 23 Septembre 1924.
- HOHLBAUM. — Le traitement chirurgical de l'ulcère duodénal chronique. *Archiv für Klinische Chirurgie*, T. CXIII, p. 99.
- HUNTER. — Ulcères gastriques et duodénaux. Mortalité après l'opération. *Knickerbacker Press*, 1919.
- JUDD et LYONS. — Résections du corps de l'estomac pour ulcère. *Annals of Surgery*, T. LXXVI, Août 1922.
- KLEINSCHMIDT. — Résultats de la résection gastrique transversale dans l'ulcère calleux de l'estomac. *Archiv. für Klinische Chirurgie*, T. CXIV, 1920.
- KOCHER. — Le diagnostic et le traitement des ulcères gastro-duodénaux. *Archiv für Klinische Chirurgie*, 1921, p. 86.
- KUMMER. — Résultats éloignés du traitement chirurgical de l'ulcère de la petite courbure. *Arch. des mal. de l'app. digestif et de la nutr.*, Mai 1924.
- LARJET. — Le traitement chirurgical des ulcères chroniques, non perforés, du duodénum. *Thèse*, Paris 1925.
- LARRIERU. — Perforation de l'ulcère gastrique après la gastroentérostomie. *Revue de Chirurgie*, T. LIX, n° 4, 1921.
- LECÈNE. — Quelques résultats éloignés d'interventions pour ulcères médiogastriques. *Journal de Chirurgie*, 1920, T. XVII.
- LIEBLEIN. — Contribution à la chirurgie des affections bénignes de l'estomac. *Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie*, T. XXI.
- LORENZ et SCHÜRR. — Les suites de la résection de l'antrum pylorique dans l'ulcère gastrique et duodénal. *Wiener medizin. Wochen.* T. LXXI, n° 49.

- MADLENER. — Sur la pylorectomie comme opération indirecte dans l'ulcère gastrique et duodénal. *Zentralblatt für Chir.*, T. LI, 30 Août 1924.
- MANHÈS. — Contribution à l'étude des ulcères récidivants postopératoire. *Thèse*, Lyon 1925.
- MATHIEU et SAVIGNAC. — Etude sur les troubles intestinaux consécutifs à la gastroentérostomie. *Arch. des mal. de l'app. digestif*, Octobre 1913.
- MAYO. — Traitement des ulcères chroniques de l'estomac et du duodénum. *American Journal of Surgery*, T. XXXVI, n° 6.
- METGE. — Morts par hémorragie à la suite de la gastroentérostomie. *Zentralblatt für Chir.*, T. LI, n°s 1 et 2.
- MÉTRAUX. — Suites éloignées de la gastroentérostomie après les ulcères de l'estomac et du duodénum. *Thèse*, Lausanne 1920.
- MOPPERT. — Résultats du traitement chirurgical des ulcères de l'estomac et du duodénum. *Gaz. des Hôpitaux*, 1922, n° 76.
- MOREAU. — Des suites de la gastroentérostomie pratiquée pour sténose non cancéreuse du pylore. *Thèse*, Paris 1909.
- B. MOYNIHAN. — Sur le traitement de l'ulcère duodénal. *The Lancet*, T. CCIV, n° 5196.
- L'ulcère gastroduodénal. Trad. de V. Pauchet. G. Doin, à Paris.
- NOWAK. — Technique de la résection du duodénum dans l'ulcus. *Archiv. für Klin. Chirurgie*, T. CXVI, n° 3.
- OBERTHUR. — La gastrectomie dans l'ulcère de l'estomac et du duodénum. *Thèse*, Paris 1926.
- OHLY. — Suites opératoires de la gastroentérostomie et considérations sur les indications et les contre-indications de la gastroentérostomie dans l'ulcère de l'estomac et du duodénum. *Archiv. für Klinische Chirurgie*, T. CXXVIII, 1923.
- PANNET. — Duodénectomie pour ulcère du duodénum. *British Journal of Surgery*, T. XII, Oct. 1924.
- PERS. — Mode d'action de la gastroentérostomie. *Nordisches Medizinische Archives*, T. XLII.

- PETERMANN. — Résultats du traitement opératoire de l'ulcère gastro-duodénal. *Archiv. für Klinische Chirurgie*, T. CXXXV, 1925.
- PETREN. — Résultats du traitement de l'ulcus gastrique et duodénal non perforé. *Beitrag zur Klinische Chirurgie*, T. LXXVI, 1911.
- DE QUERVAIN. — Les résultats du traitement chirurgical de l'ulcère gastro-duodénal. *Schweizerische Medizin. Wochen*, 23 Juin 1921.
- SANTY. — Contribution à l'étude des ulcères chroniques du corps de l'estomac et des estomacs biloculaires par ulcère. *Thèse*, Lyon 1915.
- Traitement chirurgical de l'ulcère du duodénum. *Lyon Médical*, 8 et 15 novembre 1925.
- SCHMIDT. — L'ulcère duodénal. *Medic. Klinik*, T. XIX, n° 13 et 14.
- SHERREN. — Les maladies de l'estomac et leur traitement chirurgical. *The Lancet*, T. I, 1924.
- TÉMOIN. — Chirurgie gastrique. *Bull. de l'Acad. de Médecine*, 3° série, T. 78,, 16 Janvier et 18 Décembre 1917.
- URRUTIA. — Le fonctionnement des bouches de gastroentérostomie et les modifications du chimisme gastrique après pyloréctomie. *Revista de Medicina y de Cirurgia practicae*, T. XXV, n° 68.
- DE VEREBELY. — Résultats des opérations sur l'estomac. *Orvosi Hetilap*, T. 69, 30 Septembre 1925.
- WALTON. — Traitement chirurgical des ulcères du corps de l'estomac. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, Juin 1925.
- WOOLSEY. — Le choix de l'opération dans l'ulcère gastrique au point de vue des résultats éloignés. *Annals of Surgery*, T. LXXVI, Octobre 1922.



TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	9
PREMIÈRE PARTIE. — <i>Les ulcères duodénaux</i>	17
CHAPITRE I. — Résultats des différentes interventions pratiquées	23
A. — Résultats de la gastroentérostomie	23
B. — Résultats des opérations complémentaires de la gastroentérostomie	50
C. — Résultats des duodéno-pyloro-gastrectomies.	54
D. — Résultats généraux	57
CHAPITRE II. — Observations d'ulcères du duodénum.	63
DEUXIÈME PARTIE. — <i>Les ulcères du pylore</i>	109
CHAPITRE I. — Résultats des différentes interventions pratiquées	113
A. — Résultats de la gastroentérostomie.....	113
B. — Résultats des opérations complémentaires de la gastroentérostomie	142
C. — Résultats des gastropylorectomies	145
D. — Résultats d'interventions diverses	150
E. — Résultats généraux	152
CHAPITRE II. — Considérations sur le traitement des ulcères duodéno-pyloriques	157
CHAPITRE III. — Observations d'ulcères du pylore ..	161

TROISIÈME PARTIE. — <i>Les ulcères de la petite courbure.</i>	261
CHAPITRE I. — Résultats des différentes interventions pratiquées	267
A. — Résultats de la gastroentérostomie.....	268
B. — Résultats des gastrogastrostomies	281
C. — Résultats des résections cunéiformes.....	283
D. — Résultats des résections médiogastriques.	294
E. — Résultats des gastropylorectomies	301
F. — Résultats d'interventions diverses	312
G. — Résultats généraux	313
CHAPITRE II. — Observations d'ulcères de la petite courbure	319
CONCLUSIONS	391
BIBLIOGRAPHIE	395

ERRATA

Page	ligne	Lire	Au lieu de
120	18	la cicatrisation	la cicatrication
157	titre	Considérations générales	Conditions générales
281	titre	Résultats des gastrogas- trostomies	Résultats des gastro- entérostomies
289	25	cancérisé	cancésiré





IMP. BOSC FRÈRES & RIOU

◦ 42, QUAI GAILLETON ◦

◦ ◦ ◦ ◦ ◦ LYON ◦ ◦ ◦ ◦ ◦





